جـ ـامعـة ا ـ ـزائر

كـلـية العـلوم الإنسانية والإجتماعية

قسـم علم النفس وعـلوم التـربية والأرطـوفـونـيا

دور ات الشخصية وإستراتيجيات ا واجهة تعديل العلاقة ب الضغوط النفسية والصحة ا سدية والنفسية

دراسة ميدانية دينة عنابة

رسـالة مقـدمة لنيل شـهادة الدكـتوراه علم النفس العـيادي

إعـداد الـطالبة:

حكيمة أيت ودة

إشـراف:

الأستاذ الدكتور رشيد مسيلي

ـنـة ا نـاقـشـة:

بوعطة شريفة

زبدي نصر الدين

معاش يوسف

ن مد يب

ماحي ابراهيم

السنـة ا ـامعية 2005-2006

كلمة شكر

أتقدم بالشكر إ ا عز وجل الذي وهب من الص والتوفيق ما ساعد وشجع على إ از هذا العمل العلمي ا تواضع، فا مد والشكر له.

كما أتقدم بشكر خاص للأستاذ الدكتور الفاضل "رشيد مسيلي" على كل المهودات ا بذولة لإ از هذا البحث، وعلى كل ما قدمه من حسن إشراف، فهذا العمل ما هو إلا حصيلة هد علمي أكاد ي سن تأط وتوجيه وإرشاد أستاذي القدير حفظه ا ، دون أن أنسى شكري ا الص للأستاذ الدكتور" عة سيد يوسف " بقسم الصحة النفسية امعة القاهرة على توجيهاته القيمة لإ ام هذا البحث ا تواضع.

وأتوجه بالشكر ا زيل أيضا إ كل من قدم ا ساعدات ا يدانية والتسهيلات مع أفراد عينة البحث وتوف الظروف ا لائمة لذلك، وأخص بالذكر:

- مدير وأساتذة مركز التكوين ا ه سيدي عمار - عنابة.
- مدير وأعوان مركز ا ماية ا دنية - عنابة.
- مدير وطالبات الإقامة ا امعية 600 سرير- ا جار، عنابة.
- رئيس مصلحة ا ستشفى النهاري رضى السكري- عنابة.
- السيد " بوريش " رئيس عية أضواء للمصاب بداء السكري- عنابة.
- رئيس مصلحة الاستعجالات الطبية للعيادة ا تعددة ا دمات العر خروف- عنابة.
- الطبيب الرئيسي صلحة الإنعاش الط ستشفى إبن سينا ا امعي- عنابة.
- رئيسة ا صلحة والأخصائية النفسية والإجتماعية للمركز الوسيط عا ة الإدمان بوخضرة – عنابة.

دون أن أنسى من ساعد وشجع من قريب أو بعيد إ از هذا العمل، راجية من ا تعا أن يكون هذا البحث مكسبا علميا.

إ كل هؤلاء شكر خاص.

الإهداء

أهدي ثمرة جهدي المتواضع إلى :

الوالدين الكريمين

الإخوة والأخوات

البراعم الصغار للعائلة

كل الأصدقاء والزملاء بدون إستثناء

كل الذين قدموا لي المساعدات النظرية والميدانية لإنجاز هذا البحث

كل أساتذتي الأعزاء خلال كل مشواري الدراسي

كل طلاب الأعزاء بقسم علم النفس بجامعة عنابة والجزائر العاصمة

كل الذين عرفتهم بمدينة عنابة وساعدوني من قريب أو من بعيد

محتوى البحث

الباب الأول: الجانب النظري

الفصل الأول: الصحة النفسية والجسدية

الفصل الثاني: مشكلات الصحة العامة

المبحث الثاني: النظريات المفسرة للعلاقة ضغط- صحة- مرض

الفصل الرابع: سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة

المبحث الأول: سمات الشخصية

المبحث الثاني: إستراتيجيات المواجهة

الباب الثاني: الجانب الميداني

الفصل الخامس: منهج البحث وإجراءاته

الفصل السادس: عرض نتائج البحث

الفصل السابع: مناقشة نتائج البحث وتفسيرها

فـهـرس الـجـداول

فـهـرس الأشـكـال

مقدمة البحث:

أصبحت معاناة الإنسان المعاصر من الضغط شكوى عامة لدى معظم الناس. كما يواجه الفرد مع تعقد الحياة الحديثة وتطورها السريع العديد من المواقف التي تهدد حياته ومستقبله وتزيد من قلقه وتوترا، كل ذلك يبين لنا أن الحياة الإنسانية العادية غاصة بالضواغط من كل نوع، وأن هناك العديد من المعوقات سواء البيئية أو الداخلية التي تعوق مجهوداتنا وتتطلب المزيد من التوافق.

ترتبط الضغوط بأحداث الحياة اليومية، لنتعرض كلنا وبلا إستثناء يوميا لمصادر متنوعة من الضغوط الخارجية بما فيها ضغوط العمل والدراسة، والضغوط الأسرية، ضغوط تربية الأبناء، معالجات مشكلات الصحة، والأمور المالية والأزمات المختلفة، كما نتعرض يوميا للضغوط ذات المصادر الداخلية مثل العضوية والنفسية السلبية التي تنتج عن أخطائنا السلوكية.

وفي الآونة الأخيرة، إهتم بعض الباحثين بدراسة المواقف الضاغطة والأزمات التي يتعرض لها الأفراد في حياتهم وكيفية التعايش معها وتلافي أثارها، فقد لوحظ أن بعض الأفراد يستطيعون أن يستوعبوا أو يتعاملوا مع تحولات حياتهم الضاغطة ويتجاوزون أزماتها في حين أن البعض الآخر ينهارون ويفشلون.

تؤكد **Kobasa** أن الضغوط التي تواجه الفرد طيلة حياته تمثل ظاهرة من ظواهر الحياة الإنسانية يختبرها الإنسان في مواقف وأوقات مختلفة تتطلب منه توافقا أو إعادة التوافق مع البيئة. فهي من طبيعة الوجود الإنساني ومرتبطة بسيرورة الحياة. فالضغط ليس شيئا يمكن تجنبه، لذلك يقر **Selye** أن يكون المرء بدون ضغط فإن هذا يعني الموت. ولكن شدة الضغوط والتعرض المتكرر لها وما يترتب عليها من تأثيرات سالبة كثيرا ما ترتبط بإعتلال الصحة النفسية والجسدية. إن الضغوط عند قدر معين لازمة وضرورية لتنشيط الدوافع والحاجات ولدينامكية الشخصية وقدرتها على التفاعل مع البيئة المحيطة وتحقيق الأهداف وإشباع الحاجات. ويؤكد **Lazarus** على أن الضغوط النفسية لها أهمية خاصة في عمليات التوافق لدى الفرد لأنها تساعد على ترسيم قدرته في التوافق مع أحداث الحياة الضاغطة التي يواجهها بداية من حل مواقف المشكلات البسيطة إلى المواقف المعقدة. وقد تفرض البيئة ضغوطا تفوق قدرة الفرد على الإحتمال ويدركها بإعتبارها كذلك وأنها خطرة ومهددة ومعيقة لتحقيق الأهداف وإشباع الحاجات مما يجعله يقع تحت طائلة حالة من الإنضغاط ينتج عنها كثير من الإضطرابات والأمراض النفسية والسيكوسوماتية.

ضمن هذا الإطار، أشارت دراسة **Marks** وآخرون **(2000)** بأن الضغوط النفسية تمثل السبب الرئيسي وراء الإحساس بالآلام النفسية والأمراض العضوية، إضافة إلى ما يترتب عليها من ضياع ملايين من أيام العمل على مدار العام. كما لاحظ العديد من الأطباء والإكلينيكيين مرارا أن العامل المشترك والبارز بين المرضى والمصابين بأمراض مزمنة كالسكري، أو السرطان، أو أمراض القلب، أو إلتهاب المفاصل، أو قرحة المعدة يكمن في تعرضهم لمواقف ضاغطة في حياتهم ومعاناتهم من حالة الضغط النفسي قبل حدوث المرض.

يتضح مما تقدم أن مفهوم الضغوط النفسية في علاقته بكل من السواء النفسي أو الإضطراب لقي إهتماما كبيرا من الدارسين. فقد تزايدت في الآونة الأخيرة الدراسات التي تبرز الصلة بين أحداث الحياة الضاغطة وبين أشكال المعاناة النفسية والجسدية. فقد توصل كل من **Cohen** و**Loilliamsons (1991)** إلى أن هناك دليلا مقنعا على وجود إرتباط بين الضغوط وزيادة السلوك المرضي. كما أسفرت دراسة **Gannon** وآخرون **(1989)** وجود علاقة دالة بين الضغوط البيئية وظهور الأعراض الجسمية والنفسية.

ضف إلى ذلك، أسفرت الكثير من هذا الدراسات ضعف الإرتباط بين إدراك الضغوط وأشكال المعاناة النفسية والجسدية، كما أن بعض الأشخاص يظلون على إحتفاظهم بصحتهم الجسمية والنفسية في مواجهة الضغوط. نظرا لذلك تحول مسار البحث في مجال الضغوط من مجرد دراسة هذا العلاقة إلى الإهتمام والتركيز على المتغيرات المدعمة لقدرة الفرد على المواجهة الفعالة أو عوامل المقاومة، أي المتغيرات النفسية والبيئية المرتبطة بإستمرار السلامة النفسية والبدنية حتى في مواجهة الظروف الضاغطة والتي من شأنها دعم قدرة الفرد على مواجهة المشكلات والتغلب عليها.

ويعود الفضل إلى تحويل مسار البحث في مجال دراسة الضغوط إلى التركيز على متغيرات المقاومة إلى جهود بعض الرواد أمثال **Kobasa (1979Û 1982)Û Gamezy (1983)Û Moos** و**Holahan (1985Û 1986Û 1987Û 1990)Û Folkman** و**Lazarus (1984)Û Rutter (1990)**. ويشير هؤلاء الرواد إلى أن البحث في مجال الضغوط يجب أن يتحول إلى التركيز على الصحة وليس المرض، وعلى المتغيرات الإيجابية سواء كانت متغيرات نفسية أم إجتماعية والتي من شأنها أن تجعل الفرد يحتفظ بصحته الجسمية والنفسية عند مواجهته للضغوط، بل وتدعم قدرته على المواجهة الناجحة لهذا الضغوط.

في نفس السياق، أشار **Hinkel (1974)** إلى أنه رغم أن بعض الأشخاص يتعرضون لأحداث حياتية ضاغطة ومع ذلك فهم يحتفظون بصحتهم الجسمية والنفسية. كما أكد **Masslo** و**Rogers** وغيرهم على أن الدراسة في مجال الضغوط يجب أن تتحول لدراسة الشخصية السوية والصحة والذين يواجهون الضغوط ويحققون ذواتهم ولا يمرضون، وبالتالي فيجب أن تركز الدراسات على تنمية المتغيرات

الإيجابية كالصلابة النفسية وتقدير الذات والفاعلية وليس فقط خفض التوتر. ويتفق كل من **Rutter** و**Gamezy** في التأكيد على دور المتغيرات الواقية من أثر الضغوط وهي الشخصية والإجتماعية والتي من شأنها التخفيف من وقع الأحداث الضاغطة على الجوانب المعرفية والإنفعالية والإجتماعية. وهذه المتغيرات تلعب دورا هاما في إدراك الضغوط النفسية وفي مواجهتها، فهي تؤثر في إدراك الفرد وتقييمه للحدث الضاغط، كما تؤثر في مدى تقييم الفرد لفاعلية مصادره النفسية والإجتماعية لمواجهة الضغوط. ولقد حدد هذان الباحثان هذه المتغيرات في سمات الشخصية كتقدير الذات العالي، الإستقلالية، الذكاء، الكفاية والفاعلية والمساندة الإجتماعية.

ولذا فقد شغل موضوع الضغوط وعلاقته بسمات الشخصية وأساليب مواجهتها العديد من الباحثين ومازال يشغلهم. وأصبح هناك ضرورة للبحث في هذا المجال، فالإهتمام بدراسة تلك السمات الشخصية والأساليب لحل المشكلات أو المواجهة مع الضغوط والتصدي لها يعد هدفا من أهداف تحقيق الصحة النفسية والجسدية. ومن المعروف أن الناس يختلفون في مدى تحملهم للضغوط النفسية، حيث نجد بعض الأشخاص يشعرون بالقلق والتوتر وإنعدام الثقة في أنفسهم ويستسلمون بسهولة للصعوبات التي قد تعترض طريقهم، بينما نرى آخرين يصمدون في وجه تحديات هامة ويحاولون جاهدين مواجهتها والسيطرة عليها، ومن هنا ندرك الأهمية الصحية للشخصية إذ أنها تلغي المثيرات الضاغطة وتخلص الفرد من عواقب نفسية وجسمية مؤكدة. ومن أهم سمات هذه الشخصية مفهوم الذات، القلق، الغضب، الصلابة النفسية وفعالية الذات وسوف تركز الباحثة في دراستها لمتغيرات المقاومة على تقدير ذات، فعالية ذات وسمة القلق.

إن تقدير الذات كما تحدث عنه الباحثون متغير يعبر عن إتجاه الفرد نحو نفسه بالإستحسان أو الإستهجان. وتدعم نتائج الدراسات أهمية مفهوم الذات كمتغير للصحة النفسية، حيث يقوم بدور المتغير الوسيط الذي يعدل ويخفف من التأثيرات السلبية للظروف الضاغطة، ويسهل ظهور التغيرات الإيجابية. ويؤكد **Folkman** أهمية مفهوم تقدير الذات كمتغير وسيط يعمل على تعديل العلاقة بين المتغيرات السيكولوجية.

كما تحدث **Bandura** عن دور الفاعلية الذاتية التي تتضمن تقييم الفرد لكفايته وفاعليته وثقته بنفسه في مواجهة المواقف المختلفة، فإدراك الأشخاص لمدى فاعليتهم يؤثر في مدى كفاءة مواجهتهم ومعالجتهم للأحداث، وتؤكد **عواطف حسين (1993)** في هذا السياق، أن فاعلية الذات تعتبر من أهم الميكانيزمات الشخصية لدى الأفراد حيث تمثل مركزا هاما في دافعية الأفراد للقيام بأي عمل أو نشاط، فهي تساعد الفرد على مواجهة ضغوط الحياة. إن فاعلية الذات تلعب دورا هاما في عملية المواجهة الإيجابية، تلك

المواجهة التي تقي الفرد من مخاطر صحية أكيدة. فحسب Bandura (1977، 1986) فإن الصحة لا تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية فاعلية الذات والممارسة الفعلية للسلوكات الصحية الإيجابية.

وقد ترتبط بعض سمات الشخصية السلبية بالضغوط المرتفعة مثل سمة القلق. فقد أشار Spielberger أن الشخص الذي يتصف بمستوى عال من النزوع أو التهيؤ للقلق يكون مهيئا لأن يدرك أخطار داهمة في علاقاته بالآخرين، تتضمن هذا الأخطار غالبا تهديدات لتقديرا لذاته، ويستجيب الفرد لهذا التهديدات بمستوى كبير من حالة القلق، وذلك أكثر من الشخص الذي يتصف بمستوى منخفض من سمة القلق، لذلك يعد القلق رئيسيا في دراسة السلوك المرضي.

فالمتغيرات الشخصية حسب كل من Costa وMc care (1990) أساسية في تحديد كيفية إدراك الناس للضغوط، وإختيار أساليب المواجهة التي يتبنوها، وتأثيرهما على صحته النفسية والجسدية. وهذا ما يفسر إختلاف إستجابات الأفراد لنفس الحدث الضاغط والنتيجة التكيفية وصحتهم.

على الرغم من أهمية سمات الشخصية في إدراك الضغوط وتأويلها وتقييم القدرة على مواجهتها في ضوء ما يمتلكه الفرد من مصادر تغنيه على التعامل معها، إلا أن بعض الباحثين يركزون جل إهتمامهم على كيفية مواجهة الفرد لهذا الضغوط. وتعد إستراتيجيات مواجهة الضغوط مؤشرا لما يتمتع به الفرد من كفاءة وفاعلية وقدرة على المواجهة بما يحقق له التوازن النفسي ويقلل من التأثير السلبي للضغوط، إذ أن هذا الأساليب قد تكون غير فعالة وتعد دالة على التوافق السيئ، ومن ثم فإن إستراتيجيات الفرد في التعامل مع الضغوط تعد من المؤشرات التنبؤية للصحة النفسية والجسدية. لذلك يعكس التراث السيكولوجي أهمية المواجهة بإعتبارها متغير وسيط بين الضغط وأثرا. حيث أشارت نتائج بعض الدراسات إرتباط سوء التوافق بأساليب المواجهة غير الفعالة مع الضغوط، في حين يرتبط التوافق الحسن بأساليب المواجهة الفعالة.

نستخلص مما تقدم وجود عوامل وسيطة بين الضغوط ونتائجها منها سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة، وكلها عوامل تؤثر في كيفية الإستجابة للضغوط والتحكم فيها أو التقليل من آثارها السلبية أو إعادة تقييمها بهدف تغييرها وضبطها. وهي متغيرات لا تسمح فقط بتعديل إستجابة الضغط، وإنما تعمل على تقليص ظهور الإضطرابات النفسية والجسدية لأنها تتوسط العلاقة بين الضغط والمرض، وتجعل بعض الأفراد في حمى عن الضغط والمرض وتعرض البعض الآخر لقابلية الإصابة.

وعليه، تحاول الدراسة الحالية فحص دور سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة كمتغيرات وسيطة تعمل على تعديل العلاقة الإرتباطية بين الضغوط النفسية والصحة النفسية والجسدية، ولتحقيق أهداف هذا البحث قامت الباحثة بالدراسة الحالية وتشمل بابين: الباب الأول يخص الجانب النظري وتقدم بعرض إشكالية البحث وطرθ مختلف فرضياته، أهداف البحث وأهميته، بالإضافة إلى تحديد مفاهيمه الأساسية.

كما شمل أربعة فصول حيث خصص الفصل الأول للصحة النفسية والجسدية، تطرقنا فيه إلى مفهوم الصحة وعلاماتها، مفهوم السوي والمرضي، ذكر مختلف الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى إضطراب الصحة، كما تناول هذا الفصل مفهوم التوافـق، إتجاهاته وأساليبه وعلاقته بالصحة، وتضمن أيضا عرض لأهم المشكلات الصحية، وبعض التناولات النظرية المفسرة للصحة النفسية، وفي الأخير تم تقديم ملمح للصحة حسب الدراسات الإبدميولوجية العالمية والوطنية.

أفردنا الفصل الثاني لمشكلات الصحة العامة، تطرقت الباحثة فيه إلى عرض بعض المشكلات الصحية التي يظهر على أنها في تواتر ملحوظ بمدينة عنابة وهي مرض الربو، والسكري، والإدمان على المخدرات ومحاولات الإنتحار. وتطرقنا فيه إلى تعريف كل مرض على حدى، وصف أعراضه ومظاهرها العيادية، عرض معاييرها التشخيصية وعوامله السببية الإستعدادية والمساعدة، وأخيرا ذكر بعض مضاعفاته الخطيرة.

أما الفصل الثالث للدراسة الحالية خصص للضغط النفسي بين الصحة والمرض، وينقسم بدورها إلى مبحثين: إهتم المبحث الأول بالضغط النفسي، وتطرقنا فيه إلى تعاريف الضغط، أعراضه، مصادرها، أشكاله، تشخيص حالة الضغط مع عرض مراحل حدوثه والأجهزة الحيوية المرتبطة بالضغط النفسي. كما تضمن هذا المبحث دراسة الفروق الجنسية في الإستجابة للضغط، علاقة الضغوط النفسية بكل من الشخصية، الصحة والمرض وأخيرا إستعرض المبحث أهم التناولات النظرية المفسرة لكيفية حدوث الضغط. بينما شمل المبحث الثاني لهذا الفصل عرض لبعض النظريات التي إهتمت بوصف وتفسير علاقة الضغط النفسي بكل من الصحة والمرض، منها نماذج **Cohen**، **Levi**، **Cox** و**Mockay**، وغيرها من النماذج والتناولات النظرية الأخرى.

تمحور الفصل الرابع للبحث الحالي حول سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة، ويضم بدورها مبحثين أساسيين: خصص المبـحث الأول لسمات الشخصية، تطرقت الباحثة فيه إلى تعريـف الشخصية والسمة، تعريف تقدير الذات ومستوياته، أهمية تقدير الذات وعلاقته بكل من الضغط النفسي، الصحة والمرض. كما إهتم هذا المبحث بمفهومي فعالية الذات والقلق من خلال عرض تعريف لكل منهما، وعلاقتهما بكل من الضغط النفسي، الصحة والمرض. في حين إهتم المبحث الثاني بإستراتيجيات المواجهة تطرقت الباحثة فيه إلى تعريف المواجهة، وتصنيفاتها، وأساليبها، وظائفها ومميزاتها. كما تضمن عرض مختلف العوامل المؤثرة في إستجابات المواجهة، وعلاقة إستراتيجيات المواجهة بالصحة والمرض. وأخيرا عرض علاقة بعض أساليب إستراتيجيات المواجهة من حل المشكل والضبط الذاتي، والمساندة الإجتماعية كمتغيرات وسيطة بين الضغط والصحة.

أما الباب الثاني للبحث الحالي شمل الجانب الميداني ويتكون من ثلاثة فصول: يتعلـق الفصل الأول بمنهجية البحث وإجراءاته، وتطرقت الباحثة فيه إلى منهج وتصميم البحث، العينة وطريقة إختيار أفرادها وخصائصها، ثم عرض مختلف وسائل القياس المستعملة من حيث وصفها، طريقة تطبيقها وتصحيحها، كما تناول الفصل دراسة لمدى صلاحية المقاييس وثباتها بمدينة عنابة، ثم عرض مختلف الأساليب الإحصائية المتبعة لتحليل النتائج.

خصص الفصل الثاني لعرض مختلف نتائج الدراسة الحالية وإختبار صدق صحة فروضه بإستخدام إختبار (ت) لقياس دلالة الفروق في كل من شدة الضغط النفسي، وسمات الشخصية من تقدير الذات، فعالية الذات وسمة القلق، وفي إستراتيجيات مواجهة الضغوط بين العاديين والمرضى وبين المجموعة العادية وكل مجموعة مرضية على حدى. كما تم دراسة الإرتباطات بين الضغط النفسي وكل من سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة لدى مجموعتي البحث بإستخدام معامل الإرتباط لـ **Spearman**.

خصص الفصل الثالث والأخير للجانب الميداني مناقشة مختلف نتائج الدراسة من حيث قبول فروضها أو رفضها، مناقشتها وتفسيرها في ضوء ما أسفر عليه التراث السيكولوجي والدراسات السابقة في الموضوع. وأنهينا البحث بإستنتاج عام، وخاتمة مع ذكر بعض التوصيات والإقتراحات الميدانية.

إشكالية البحث

يحتل مفهوم الضغط النفسي مركز الصدارة في مجالات علم النفس والطب، حيث يعتبر من المواضيع العلمية الحديثة التي شغلت إهتمام عدد كبير من الأطباء والباحثين منذ أكثر من نصف قرن. ولقد كتب الكثير عن مسببات الضغط المحتملة وعن مضاعفاته الصحية الخطيرة حتى أصبح عدد المصادر العلمية والمراجع البحثية من الدوريات المتخصصة والكتب والمجلات لا يحصى، ناهيك عن تعدد الندوات والمؤتمرات العلمية التي تناولت موضوع الضغط من جوانبه البيوطبية والنفسية والإجتماعية والإقتصادية. ولقد إهتم جل المفكرين والدارسين لظاهرة الضغط بتحديد مدى إرتباطها بمشكلات صحية معينة، وتكاد تقوم معظم هذا البحوث والدراسات المعاصرة على فكرة مفادها أن الضغط يسبب المرض، وأن تفشي بعض الأمراض في المجتمعات المعاصرة التي تعرف نسبة عالية من الضغوط هو دليل عن ترابط الضغط بالمرض. كما أن نسبة الذين يراجعون الطبيب لسبب المعاناة الصحية الناتجة عن الضغط يفوق 50% من كل المرضى. وتشير الإحصائيات الطبية التي نشرتها منظمة الصحة العالمية في تقريرها السنوي حول الوضع الصحي في العالم، أن الإضطرابات الصحية التي لها صلة بالضغوط والظروف البيئية السلبية الأخرى تمثل ما بين 50 و80% من كل الأمراض المعروفة **(يخلف، 2001، ص 43- 62)**.

وعليه، تمثل الضغوط التي يتعرض لها الإنسان ظاهرة جديرة بالإهتمام لما لها من خطورة وتأثير على كثير من جوانب حياة الفرد والمجتمع، ولما تسببه من تكاليف باهضة من جراء علاج الأمراض والإضطرابات والمشكلات التي تنجم عنها أو تترافق معها **(يوسف، 2004، ص 2)**. كما تمثل الضغوط حسب "**Marks**" وآخرون **(2000)** نقلا عن "**عبد السلام**" **(2003، ص 4)** السبب الرئيسي وراء الإصابة بالأمراض العضوية، والإحساس بالكثير من المشكلات النفسية والإجتماعية التي تصيب الفرد، بالإضافة إلى الكثير من المشكلات المهنية، وهذا بإعتبار أن البيئة قد تفرض ضغوطا تفوق قدرة الفرد على الإحتمال ويدركها الفرد على أنها خطرة ومهددة ومعيقة لتحقيق الأهداف وإشباع الحاجات مما يجعله يقع تحت طائلة حالة من الإنضغاط ينتج عنها كثير من الإضطرابات النفسية والسيكوسوماتية، ويكون معنى الضغط هنا التباين بين المتطلبات التي ينبغي أن يؤديها الفرد وقدرته على الإستجابة لها، كما أنها الشعور بالوطأة والعبء وعدم الرضا الناتج من عدم التوافق مع الأوضاع **(الرشيدي، 1999، ص 1 -5)**.

ويشير التراث الأدبي في علم النفس وفي مجالي الصحة النفسية والطب إلى الغموض الذي يسود مفهوم الضغط النفسي وتعدد تعريفاته. يعرفه "**ريس**" "**Ress**" **(1976)** بأنه أي مثيرات أو تغيرات في البيئة الداخلية أو الخارجية، بهذا الدرجة من الشدة والدوام بما يثقل القدرة التكيفية للكائن الحي إلى حدها الأقصى، والتي في ظروف معينة يمكن أن تؤدي إلى إختلال السلوك أو عدم التوافق أو الإختلال الوظيفي الذي يؤدي إلى المرض، وبقدر إستمرار الضغوط بقدر ما يتبعها من إستجابات جسمية ونفسية

غير صحية، أما "لازاروس" **Lazarus (1976)** فيرى أن الضغط يحدث عندما تفرض البيئة على الفرد متطلبات تفوق أو تزيد عن مصادرها التكيفية (**نقلا عن إسماعيل، 2004، ص 35)**. يتضح من التعريفين السابقين أن الضغط عبارة عن متطلبات وأعباء ملقاة على عاتق القدرات التكيفية للعقل والجسم وعلى الفرد أن يتوافق معها، وهذا ما يشير إليه الباحث "**Bernard**" بإعتبارها الضغط جزء من المعايشة اليومية للفرد لكن الإفراط في إستثارته يعد خطرا خاصة إذا تعدى القدرات التكيفية للفرد مما يسبب العديد من الإضطرابات والتي يطلق عليها هذا الباحث إسم " أمراض التكيف" (**Stora، 1991)**.

يؤكد "**Bensabat**" **(1980)** على أن الضغط مرض الحضارات الحديثة وهو نتاج عن طلب مفرط للتكيف يؤدي إنهاك العضوية وبروز مظاهر سلوكية وإنفعالية لاسوية بما في ذلك العديد من الأمراض السيكوسوماتية. فالضغط بهذا المعنى يعد إستثارة مفرطة تتضمن متطلبات تفوق قدرات الفرد وإمكاناته في التحكم فيها يترتب عنها العديد من الإضطرابات. وهذا ما أشار إليه "**Selye**" نقلا عن **Bensabat (1980)** وذلك بالتحذير عن مخاطر الضغط في قوله " يجب على الإنسان التحكم في الضغط وتعلم كيف يواجهه ويتكيف وإلا سوف يكون عرضة للفشل والمرض والموت المبكر".

يتضح مما سبق أن الضغوط ظاهرة من ظواهر الحياة الإنسانية يخبرها الإنسان في أوقات ومواقف مختلفة تتطلب منه توافقا أو إعادة توافق مع البيئة، ويظهر أنها مسئولة عن نشوء مجموعة من الإضطرابات منها النفسية- الجسدية، والإضطرابات النفسية والعقلية. لكن يمكن للفرد أن يسأل لماذا بعض الأشخاص دون الآخرون، وتحت ظل نفس الضغوط يظلون على إحتفاظهم بصحتهم الجسدية والنفسية ويحققون ذواتهم ولا يمرضون؟؟ مثل هذا التساؤل يفتح المجال لوجود فروق فردية ومتغيرات نفسية إجتماعية تدعم قدرة الفرد على المواجهة الفعالة للضغوط والإستمرار في الحياة بسلامة وأمان.

وفي هذا السياق، أشار "**Hinkel**" **(1974)** إلى أنه رغم أن بعض الأشخاص يتعرضون لأحداث حياتية ضاغطة مثل الظروف المعيشية أو العلاقات الأسرية أو التغير في المراكز الإجتماعية ومع ذلك يحتفظون بصحتهم الجسدية والنفسية ولا يمرضون، ويرى "**Moos** " **(1976)** بأنه يجب أن تركز الدراسات على تنمية المتغيرات الإيجابية كالصلابة النفسية وتقدير الذات والفاعلية وليس فقط خفض التوتر (**نقلا عن مخيمر، 1997، 104)**. ويضيف كل من "**Delongis**" وآخرون **(1988)** و"**Rodin**" و"**Salovey**" **(1989)** نقلا عن **Westen (2000)** بأن بقاء الفرد الذي يختبر ضغطا في صحة جيدة أو إصابته بالمرض أمر يرتبط بتنظيم الشخصية وإستعداداتها، ويمكن للشخصية أن تؤثر على الضغط والصحة بواسطة دوافع الفرد نفسه وطريقته المعتادة للإستجابة لمختلف المواقف أو طريقته المميزة لمواجهة الضغط**.** ويؤكد "**Cain**" و**Smith (1994)** بأن الأحداث الحياتية لا تسمح بالتنبؤ بالإضطرابات التي سيعاني منها الأفراد، ذلك لأن الإستجابة الوجدانية لضغط نفسي لا ترتبط بحدث معين وإنما ترتبط

بفرد ما، لذلك فهناك أشخاص يستجيبون للضغط بالشعور بإحساسات مزعجة أو الإصابة بالمرض، في حين هناك الكثير منهم يجتازون أزمات في حياتهم وضغوط ويتمتعون بصحة جيدة.

وفي هذا الصدد، أشارت **Kobasa (1979)** نقلا عن **يوسع (2000)** إلى أن بعـض الأفـراد الذين تعرضوا لقـدر أكبر من أحـداث الحياة دون أن يصابوا بمترتباتها الضارة (المرض على سبيل المثال) يمكن تمييزهم عن الآخرين من خلال مجموعة من السمات والإتجاهات وأساليب المواجهة تجعل منهم نمطا مقاوما للضغوط. كما يؤكد **Girdano** (**1997**) نقلا عن **عسكر (2000)** أن شخصية الفرد وخصائصها تعتبر عاملا وسيطا تخفف أو تزيد من وطأة الموقف الضاغط على الفرد، وفي ضوء إختلاف شخصيات الأفراد فإنهم يختلفون في ردود فعلهم للمواقف الضاغطة، فشخصية الفرد لها دور في نوعية الإستجابة لمصادر الضغوط. فالفروق الفردية وثيقة الصلة بإستجابات الضغط النفسي لأنها تلعب دور التغيير أو تعديل الطرق التي يواجه بها الأفراد الحاجات البيئية، وتظهر إستجابات المواجهة من خلال التفاعل بين العوامل الحالية للظرف وبين المزاج الشخصي. ويرى كل من **Friedman (1990)** و**Cooper(1991)** نقلا عن **شريع (2002)** أن تأثير الشخصية على أسلوب المواجهة هو حقيقة لا جدال فيها، فلا يمكن للفرد أن يواجه بشكل منفصل عن سمات شخصيته التي تشكل دافعه للمواجهة، إذا فأسلوب المواجهة الذي يختارها الفرد يحدد في جزء منه بالشخصية.

يرى الأطباء النفسيون والمعالجون النفسيون أن الشخصية والمواجهة يمضيان جنبا إلى جنب، فقد بين كل من **Costa** و**Mc Care (1990)** و**Parks (1986)** نقلا عن **يوسع (2000)** أن متغيرات الشخصية أساسية في تحديد كيفية إدراك الناس للضغوط وفي تحديد إستراتيجيات المواجهة التي يتبنوها وفي صحتهم النفسية أيضا، وحاولت دراستهما فحص تأثير الشخصية على المواجهة وتأثير المواجهة على الصحة النفسية وتوصلا إلى أن المدى الذي تستخدم فيه أساليب التوافق لا تعتمد فقط على الأحداث التي تمثل بؤرة المواجهة وإنما أيضا على معيار الشخصية وقدرات الفرد نفسه.

وضمن موضوع التفاعل بين الشخصية والضغوط، يظهر أن لسمات مثل الصلابة النفسية، الفعالية الذاتية، الأنماط السلوكية، مفهوم الذات والقلق دور في مواجهة الضغوط **(عسكر، 2000).** وقد بين **Parks** (**1986**) أن هناك علاقة بين سلوك النمط " أ " وأساليب المواجهة التي تركز على المشكلة والضبط الداخلي بينما إرتبطت سمة القلق بالأساليب السيئة للتوافق، كما أوضحت دراسة **Carver** وزملائه (**1989**) أن مقاييس المواجهة مثل التوافق الإيجابي والتخطيط إرتبطت إيجابيا بالتفاؤل والشعور العام بإمكانية القيام بشيء نحو المواقف الضاغطة، وتقدير الذات، والصرامة والنمط " أ "، أما أشكال المواجهة السلبية مثل الإنكار والتجنب فقد إرتبطت سلبا بالنمط " أ " **(نقلا عن يوسع، 2000).**

كما أسفرت دراسات **Appelberg** (**1996**) و**Short** (**1999**) نقلا عن **شريع (2002)** أن الأفراد منخفضي تقدير الذات يدركون الضغط النفسي بشكل أكبر من الأفراد مرتفعي تقدير الذات.

بينما وضح **Ziller** نقلا عن **جبريل (1983)** أن هناك إرتباط بين تقدير الذات المنخفض والتكيف السلبي والضعف في ثبات الشخصية، بينما يوجد إرتباط بين تقدير الذات المرتفع والتوافق الإيجابي والثبات في السلوك. وأضاف **Holahan** نقلا عن **Terry (1994)** بأن الأفراد مرتفعي تقدير الذات أقل إستعمالا للمواجهة التجنبية من الأفراد منخفضي تقدير الذات. كما أظهرت دراسة **Varni** و آخرون (**1989**) دور تقـدير الذات والمسانـدة الإجتماعية كمتغيرات وسيطة دالة إحصائيا للعلاقة بين الضغط والأعراض النفسية والجسدية. بينما أظهرت دراسة **Schwarzer** (**1999**) نقلا عن **شريح (2002)** أن فعالية الذات والمعتقدات المتفائلة حول القدرة على المواجهة الإيجابية مع عوامل الضغط النفسي المتنوعة قد إرتبطت إيجابيا مع التخفيف من الضغط النفسي. في حين بينت **Levenstien** وآخرون **(1993)** أن هناك إرتباط قوي بين شدة الضغط النفسي ودرجة سمة القلق. فالأشخاص ذوو الدرجة المرتفعة في سمة القلق قابلون لإدراك العالم على أنه خطر ومهدد أكثر من ذوي الدرجة المنخفضة في سمة القلق **(عبد الله 2001).**

ومما سبق يمكن القول أن الفرد يواجه الضغط النفسي إنطلاقا من سمات شخصيته، لذلك فمن الضروري فحص أبعاد الشخصية وسماتها لفهم علاقة الضغوط النفسية بالصحة النفسية والجسدية للأفراد. فهناك إرتباط بين أساليب مواجهة الضغوط وسمات شخصية الفرد ونتائج تفاعلهما على التوافق والصحة النفسية والجسدية. لذلك يظهر من المهم لفهم أثر الضغوط النفسية على الصحة، الإهتمام بالعوامل الوسيطة التي تمثل حسب العديد من الباحثين سيرورات للتوافق لأنها تعمل على التخفيف من وطأة الموقف الضاغط على الفرد أو تزيد من شدته وتفاقمه، وتتضمن أساسا سمات الشخصية. يتضح مما سبق دور الشخصية في مواجهة الضغط النفسي والحفاظ على الصحة أو الإصابة بالمرض، ويقودنا ذلك إلى تناول سمات الشخصية وعلاقتها بكل من التوافق والصحة بمزيد من التفصيل. حيث حظيت دراسة هذا الموضوع بإهتمام كبير من جانب الباحثين في الطب النفسي والعلوم الإنسانية.

يشير العديد من علماء النفس الإكلينيكيين ومن بينهم "**Rogers** " إلى أن التقدير الإيجابي للذات يعد شرطا ضروريا للصحة النفسية ولهذا يجب أن يكون هدفا أوليا للعلاج النفسي، ويضيف **Burns (1979)** بأن لصورة الذات دورا بارزا في تكامل الشخصية وتحقيق الصحة النفسية، كما وضح كل من **Wells** و**Marwell (1976)** بأن التقدير المرتفع للذات يرتبط بالتوافق النفسي، وأن الفرد ذا التقدير المنخفض للذات يفتقد الثقة بذاته ويعتمد على الآخرين وتنخفض مرونته ويقل نشاطه **(نقلا عن درويش 1994)**. وفي هذا السياق يقول" **Lazarus** " **(1969)** نقلا عن **جبريل (1983)** " إن الذي يتمتع بصحة نفسية وجسدية يقدر نفسه تقديرا إيجابيا ".

لقد أثبت علم النفس وطب الأمراض العقلية مدى إرتباط الصحة العقلية والنفسية بالنظرة الموضوعية للذات وبتقبل الذات، ولهذا نجد أن تقبل الفرد لذاته وإدراكه لقدراته وتقبله حدودها وكذا تقبله للآخرين، وكل هذا يعد من ملامح السلوك السوي والشخصية المتوازنة، كما يعتبر تقبل الذات بعدا رئيسيا في عملية

التوافق الشخصي وإعادة هذا التوافق، ولقد غدا من المعتقد أن تقدير الذات المنخفضة تعتبر دليلا على سوء التوافق أو أحد أسبابه **(أبو زيد، 1987)**. ويركز علماء النفس مثل **Adler** على صلة العصاب بالشعور بالنقص أي تقدير الذات المنخفض، وأن هناك إرتباط بين تقدير الذات المنخفض والتكيف السلبي والضعف في ثبات الشخصية، بينما يوجد إرتباط بين تقدير الذات المرتفع والتكيف الإيجابي والثبات في السلوك، ويضيف بأن الشعور بالدونية عامل من العوامل الرئيسية في الاضطراب النفسي **(نقلا عن جبريل، 1983)**.

كما أظهر كل من "**Tran** " وآخرون **(1991)**، و**Pearling**، **Lieberman** و**Mullan(1981)** بأن لتقدير الذات تأثير دال على صحة الفرد، أما **Brockner (1988)** يعتبر تقدير الذات عامل وسيط في العلاقة بين الحدث الضاغط والصحة، أي أن هذه العلاقة تتأثر بتقدير الفرد لذاته لأن لهذا العامل دور وسيط في عملية الضغط، فإنخفاض تقدير الذات يؤدي إلى فقدان الصحة والسعادة لأنه يعتبر الميكانزم الذي يؤثر على قدرات الفرد وكفاءته (نقلا عن **Jalajas،1994**). وقد أجريت عدة دراسات للكشف عن العلاقة بين تقدير الذات وبعض الإضطرابات النفسية كالقلق والإكتئاب، حيث أجرى**Mitchell (1959)** دراسة على عينة من الطالبات ووجد أن هناك علاقة سلبية بين القلق وتقدير الذات، فكلما كانت صورة الذات إيجابية وتشير إلى تقدير مرتفع للذات كان القلق الصريح أقل، كما وجد **Lamp (1968)** في دراسة له تضمنت المقارنة بين مجموعتين من الأفراد، إحداهما مرتفعة في تقدير الذات والأخرى منخفضة، وهذه الأخيرة كان أفرادها أعلى في القلق من الفئة الأولى (**نقلا عن درويش، 1994**).

لقد أكد كل من "**Brown** " و" **Harris** " **(1978)** نقلا عن **سلامة** **(1991)** بأن تقدير الذات يعتبر كأحد الخصائص النفسية التي تؤثر في أفكار الشخص وتفسيره لما يتلقاه من أحداث الحياة، وبالتالي فهو يرى أن تقدير الذات هو متغير وسيط بين أحداث الحياة الضاغطة وبين حدوث الإكتئاب، فأي واقعة أو أزمة لا يكون لها دلالتها وأهميتها في حدوث الإكتئاب إلا إذا أدت إلى تغير في نظرة وتفكير الشخص عن نفسه والعالم من حوله. كما لاحظ " **Beck** " نقلا عن **سلامة** **(1991)** بأن الميزة الجوهرية للمكتئبين هي مفهوم الذات السلبي المبالغ فيه، والذي يظهر في صورة النظرة الواطئة للذات والنقد الذاتي والشعور بالذنب. وعليه، فـإن العمل على تحسين تقدير الذات لدى المكتئب يسهم في تعديل حالته. بينما يرى **Becker** نقلا عن **أبو زيد** **(2001)** بأن الإكتئاب ما هو إلا الفشل في تقدير الذات وإحترامها والذي بدوره يجعل الحياة خالية من كل معنى. ووفقا لما تقدم يتضح بأن الصحة النفسية الإيجابية للأفراد ترتبط بمفهوم أو صورة إيجابية عن الذات وبتقدير مرتفع لها. وفي هذا الصدد، تشير "**سلامة**" **(1991)** بأن تقدير الذات والمعارف والأفكار السلبية عن الذات، والتقييم السلبي لها وللمواقف والمستقبل، والفعالية الذاتية والتدعيم الإيجابي والأحداث السارة، وقدرة المرء على مواجهة المشكلات والتغلب عليها، كلها متغيرات نفسية ومعرفية مرتبطة بالصحة النفسية.

تعتبر فعالية الذات حسب " Bandura " نقلا عن **سلامة (1991)** إحدى الخصائص النفسية التي تؤثر في أفكار الشخص وتفسيرا لما يلقاه من أحداث الحياة ، فهو يرى أن تقدير المرء لفعاليته الذاتيـة يمكن أن يكون مؤشرا كافيا للتنبؤ إما بمدى صمودا أمام خبرات الفشل ومدى مثابرته في تحقيق الإنجاز أو بمـدى إكتئابه. ويـؤكد نفس الباحث بأن العلاجات الناجحة تكون مـن خلال رفع وتيرة شعور الأفـراد بقدراتهم الذاتية وتقويتها، فهذا التغير النفسي يسمح بدورا للأفراد التدريب على ممارسة سيطرة أكبر على سلوكهم وعلى دوافعهم وعلى المحيط**(نقلا عن الحجار، 1989).**

ونظرا لأهمية فعالية الذات كمتغير نفسي معرفي مرتبط بالصحة النفسية والإضطراب النفسي، إهتمت بعض الدراسات بعلاقة فعالية الذات ببعض المشكلات الصحية، أجـريت دراسة مـن طرف " **عبد الرحمن" (1998)** لمعرفة مدى إدراك الأسوياء والجانحين لفعالية الذات التي تحدد إلى درجة كبيرة تصرفات هؤلاء الأفراد، و من خلال ذلك يمكن تفسير مدى إقبال الجانح على بعض الأنماط السلوكية التي لا يقبل عليها الأسوياء ويرفضها المجتمع، وإن معرفة الفروق بين الأسوياء والجانحين في أبعاد فعالية الذات تسمح بفهم أسباب الفروق في التصرفات والتفكير والدافعية لدى هؤلاء الأفراد، أسفرت نتائج هذا الدراسة وجود فروق دالة في فعالية الذات بين المجموعتين لصالح الأسوياء مما يجعلهم أكثر قدرة على كبح العدوان والمسايرة الإجتماعية مقارنة بالجانحين.

كما أشارت مجموعة من الدراسات الإكلينيكية**Aboud** و **Olioff(1991)،** و**Teti** و**Gelfand، (1991)** نقلا عن**(Bandura et al , 1999)** على مرضى الإكتئاب بأن هناك إرتباط وإستمراية في تأثير مستوى الفعالية الذاتية في شدة الإكتئاب، فالشعور المنخفض للفعالية يولد إكتئاب أشد، فالإحساس بعدم الفعالية يؤدي إلى إحتقار الذات وظهور الإكتئاب، ذلك أن إعتقادات الفرد حول فعاليته الذاتية لها دور في الإكتئاب**.** حسب "**Bandura** " نقلا عن **أبوزيد(2001)** فمرد الإكتئاب عندا يكمن في المفهوم السالب عن تلك الفعالية الذاتية التي هي بمثابة الشعور بمدى كفاءة الذات في مقاومة الأفكار اللاعقلانية والإنهزامية والخاطئة عنها. ويؤكد نفس الباحث أن المكتئبين كانوا أقل كفاءة في مواجهة الظروف الضاغطة، الأمر الذي تم إرجاعه إلى إنخفاض تقديرهم لكفايتهم الذاتية، كذلك كان المكتئبون أقل تأكيدا لذواتهم وأدنا إدراكا لفعاليتهم في مواجهة الأمور مقارنة بغير المكتئبين**(نقلا عن سلامة، 1991).**

ومن سمات الشخصية التي يمكن أن تؤثر على الصحة الجسمية والنفسية للفرد سمة القلق التي عرفها **"Spielbeger" (1972)** نقلا عن **حداد (1995)** بأنها صفة ثابتة نسبيا في الشخصية وميل ثابت لدى الفرد للإستجابة للمواقف الحياتية المختلفة بطريقة يغلب عليها التوتر والقلق، وهذا القابلية للقلق تجعل الفرد ينظر إلى العالم المحيط به كمصدر للخطر والتهديد له. وهكذا فالأشخاص ذوو الدرجة المرتفعة في سمة القلق (كالعصابية) قابلون لإدراك العالم على أنه خطر ومهدد أكثر من ذوي الدرجة المنخفضة في سمة القلق، وهم أكثر تأثيرا بالمواقف العصيبة الضاغطة وأكثر تعرضا للشدات النفسية والقلق من الأشخاص

الذين يتميزون بدرجة منخفضة منها(عبد ŶÛ ţ 137). وضمن هذا الإطار، إهتم العمل التجريبي المتصل بمفهوم القلق كسمة من سمات الشخصية ببحث الفروق الفردية بين مجموعات الأشخاص الذين يفترض إختلافهم على أساس مستوى القلق، ففي دراسة قام بها "**Malmo**" نقلا عن **عالي وأبو علام(1973)** بإختيار مجموعات من المرضى تتصف بمستويات عالية من القلق بشكل مزمن ومقارنتهم بمجموعة ضابطة من العاديين تحت ظروف يتعرضون فيها لضغوط وأخرى خالية منها، وقد إستنتج بإستخدام هذا الأسلوب أن مجموعات المرضى التي تتصف بمستويات عالية من القلق المزمن تظهر تباينا أكبر ونشاطا أعظم من الأفراد العاديين في كثير من المقاييس السلوكية والجسمية وذلك بغض النظر عن الموقف المشحون بالضغوط. كما بحثت سمة القلق في دراسات عن بعض الأفراد الذين يختلفون في مستوى القلق، وقد أختير هؤلاء على أساس إرتفاع أو إنخفاض دراجاتهم على مقياس القلق لـ **Taylor** ثم قورن أداء الأفراد ذوي القلق العالي بالأفراد ذوي القلق المنخفض في مجموعة من أعمال التعلم المحددة، أسفرت النتائج أن الأشخاص ذوي الدرجات العالية في القلق يستجيبون بمستوى أعلى من القلق في المواقف التي تتميز بالضغوط(**عالي و أبو علام، 1973).**

تشير نتائج الدراسات المختلفة إلى أن مثل هذه المقاييس لسمة القلق تعكس الميل للقلق، أي الفروق الفردية في إحتمال أن حالات القلق سوف تظهر في المواقف الضاغطة، وبذلك فلو حصل فرد ما على درجة عالية في القلق، فإنه ينزع بوجه عام إلي الإستجابة بالقلق للمواقف الضاغطة أكثر من غيره من الناس، ويتوقف ذلك على مدى تفسيره للموقف الحاضر إذا كان موقفا خطيرا مهددا أم لا لذلك نجد أن الأشخاص الذين يتميزون بدرجة عالية من سمة القلق يتميزون بحالة من القلق معظم الوقت. فالقلق كسمة للشخصية يعني دافعا أو إتجاها سلوكيا مكتسبا يدفع الفرد إلى إدراك ظروف غير خطرة موضوعيا كشيئ مهدد والإستجابة لهذه الظروف بقلق لا يتناسب في حدوثه مع حجم الخطر الموضوعي **(عالي و أبو علام، 1973).** من المتوقع من الأفراد الذين لديهم سمة قلق عالية أن يظهروا إرتفاعا في حالة القلق أكثر من قرنائهم الذين لديهم سمة قلق منخفضة، وذلك لتأثرهم بالمواقف المثيرة كشيء خطر أو مهدد، ففي دراسة قام بها "**Allen**" **(1970)** لتوضيح تأثير بعض المواقف على حالة وسمة القلق وجد أن إرتفاع في درجات حالة القلق عند الطلبة قبل إمتحان نهاية السنة وإنخفاضه بعدها بينما لا يوجد تغير في مستوى سمة القلق في المواقف قبل وبعد الإمتحان، أما دراسة " **عبد الرقيب أحمد "(1982)** أظهرت أن حالة القلق ترتفع عند الأطفال ذوي سمة القلق المرتفعة أكثر منها عند الأطفال ذوى سمة القلق المنخفضة قبل إجراء العمليات الجراحية **(نقلا عن البحيري، 1984).** وفي دراسات "**Hodges "(1967)**، "**Lamb"(1969)** و"**Fellirg"(1970)** نقلا عن **عسكر(2000)** التي أجريت لدراسة حالة القلق تحت ظروف ضاغطة مختلفة، وجـد أن درجات حالة القلق ترتفع لـدى الأفراد ذوي سمة القلق العالية مقارنة بالأشخاص ذوي سمة القلق المنخفضة، كما تبين البحوث أن القلق

يزيد من شدة حساسية الفرد وميله إلى تضخيم الأمور والمواقف التي يخبرونها، وهذا بحد ذاته يسبب لهم قلقا أكثر ويتأثرون بدرجة أعلى بمصادر الضغوط.

تجدر الإشارة هنا إلى أن وجود درجة معتدلة من القلق يعتبر أمرا عاديا للفرد بينما تكمن الخطورة في القلق الذي يستمر بعد زوال الموقف المسبب أو ما يستدعي القلق كما هو الحال لدى الفرد ذو سمة قلق عالية الذي تستمر ردود فعله السلبية للضغوط مما يجعله أكثر عرضة للمشكلات الصحية. وحول تأثير القلق على الصحة أجريت العديد من الدراسات على عينة من الإضطرابات الصحية، ففي دراسة أجراها " **Cockett**" نقلا عن **سويح** (**2001**) حول سمات الشخصية التي تميز المدمنين الشباب وإنتهى إلى القول أن هناك بعض العناصر في الشخصية تدخل في باب الإستعداد للتعاطي منها ضعف الإرادة، القلق والإكتئاب**.** وفي نفس السياق أشارت **3باري(1999)** من الأسباب النفسية لتعاطي المخدرات المشاعر السلبية التي يشعر بها المتعاطي منها مشاعر القلق، التوتر، الخوف والضعف وكلها تدفع بالفرد إلى إستجابة إنسحابية للهروب من هذا المشاعر عن طريق تعاطي المخدرات.

وفي مجال الإضطرابات السيكوسوماتية، أظهرت العديد من الدراسات منها "**Thompson**" وآخرون **(1985)**،"**Steptoe**" و"**Holmes**"**(1985)** و"**Hirbbert**" وآخرون **(1988)** و"**Yellowlees** "وآخرون **(1989)** مدى إنتشار إضطرابات القلق لدى مرضى الربو مقارنة بالمجتمع العام **(نقلا عن Yellowlees & Kalucy, 1990).** كما وضح "**Cannon**" نقلا عن **عويضة(1996)** بأن المواقف الإنفعالية مثل الخوف والقلق من العوامل التي تسبب مرض السكر، وربما يكون الميكانيزم الذي يسبب هذا المرض هو التعرض المستمر للمواقف الإنفعالية مع الإستجابة الإنفعالية المتضمنة تنشيط الغدة الأدرينالينية وبذلك تبقى هرمونات الضغط تصب بإستمرار في المجاري الدموية مما ينتج عنه إرتفاع السكر في الدم والإصابة بمرض السكري**.**

ومن هنا لم يبقى الضغط النفسي موضوعا مستقلا وإنما تدخلت عوامل كثيرة لتؤدي دورا هاما في تأثير الضغط النفسي في الأفراد منها سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة. فالأفراد ليسوا دائما ضحايا مستسلمين وسلبيين للمواقف الضاغطة التي يواجهونها، فهم عادة يحاولون تقليل أو تخفيف الضغوط بواسطة التفكير والشعور أو السلوك بطرق محددة بمعنى مواجهتها، وما يجعل موضوع طرق مواجهة الضغط موضوعا هاما لعلماء النفس هو أن الأفراد يواجهون الضغوط بطرق متنوعة، بعضها فعالا ناجحا والبعض الآخر غير ذلك، وعندما يخفقون فـي إستعادة حالة التوازن يبـقون تحت رحمة الضغط والتوتر فتظهر عندهم إضطرابات وتناذرات مرضية متنوعة**(عبد اÛÎ 2000).** ويشير " **عبد الخال5** " **(1998)** بأن ضغوط الحياة قد تقوم بدور هام في إحداث المرض ولكن ليس في كل الحالات، ذلك لأن مواجهة الفرد الناجحة للضغوط وإدراكه لها إدراكا واقعيا توافقيا يقلل من فرص إصابته بالمرض. وهذا ما يراه " **ÛRاروس** " و"**فولكمان**" فإذا كان الضغط النفسي مظهرا محتوما في أوضاع الفرد ومن المعتذر

عليه إجتنابه، فإن أسلوب المواجهة هو الذي يضع فرقا في محصلة التكيف، ويضيف **Frydenberg (1999)** بأن الصحة والحالة الجيدة رهن الطريقة التي نتعامل أو نواجه بها الضغط النفسي **(نقلا عن شريح، 2002)**. إذا لا يمكن أن نتحدث عن الضغوط دون أن نتحدث عن أساليب مواجهتها، لأن فهم طبيعة وآثار الضغوط ترتبط دوما بأساليب التغلب عليها. كما أشار "**Koutsoimou**" وزملاؤه **(1996)** نقلا عن **يوسف (2000)** أن خبرة الضغوط ليست هي العامل الحاسم في الإصابة بالمرض، وإنما الأهم كيف يواجه الفرد تلك الضغوط. ويضيف كل من **Folkman** و**Lazarus(1988)** بأن الطريقة التي يواجه الفرد الضغط هي التي تؤثر على صحتهم النفسية والجسدية وليس الضغط بحد ذاته.

تعتبر إستراتيجيات المواجهة من العوامل الوسيطة بين أثر الضغوط والنتيجة التكيفية للفرد وبالتالي صحته النفسية والجسدية، وتشير لتلك الطريقة لمواجهة وضعية ضاغطة والتحكم فيها، وتضم المعارف والسلوكات التي يستعملها الفرد لتقييم وتقليص الضغط وتعديل أو خفض التوتر الذي يصاحبه **(Solomon et al, 1988)**. فالمواجهة عامل إستقـرار تساعد الأفراد على الحفاظ على توافقهم النفسي الإجتماعي خلال فترات الضغط **(Valentiner et al, 1994)**. لذلك أصبح هناك إعتراف متنام بأن العوامل التفاعلية قد تؤثر في كل جانب من جوانب الضغوط مشتملة على تقدير الأحداث الضاغطة، وإختيار وكفاءة إستراتيجيات المواجهة، ووقع ذلك كله على الصحة النفسية **(يوسف، 2000)**. فالكيفية التي يتوافق بها الفرد مع ضغوط الحياة ومشكلاتها وكيف يواجهها ويتعامل معها تعكس إلى حد ما تأثره بالضغوط وإنعكاس ذلك على حالته الصحية، فهناك أساليب مواجهة إيجابية بناءة تتوجه مباشرة نحو حل الموقف الضاغط(**إسماعيل، 2004**).

كما يرى كل من **Mc Care** و**Costa (1986)** نقلا عن **يوسف(2000)** أن المتوافقين يستخدمون أساليب معينة من المواجهة تجعلهم أكثر سعادة ورضا عن حياتهم بينما يستخدم سيئ التوافق أساليب مختلفة للمواجهة ويشعرون بعدم السعادة. و في نفس السياق، إستنتج " **لازاروس**" بأن الغضب، القلق والإكتئاب هي نتيجة لفشل أساليب المواجهة ضد الضغوط، ففشل الأساليب الفردية لمواجهة المواقف الضاغطة تؤدي إلى ظهور بعض الإضطرابات الجسمية والنفسية، كما أشار " **كيمبل**" **Kimble (1990)** إلى أن الفرد يظهر عرض أو أكثر من أعراض الضغوط إذا فشلت جهود المواجهة **(نقلا عن إسماعيل، 2004)**. كما تبين من دراسة **Bambardier** وآخرون **(1990)،** و**Koutsosimou** وآخرون**(1996)** أن إستراتيجيات المواجهة المركزة على الإنفعال ترتبط بالإضطرابات النفسية والتوافق السيئ مع المشكلات ومنها الأمراض، وأسفرت دراسة كل من **Holahan** و**Moos** إلى وجود إرتباط سلبي بين مواجهة التجنب والتوافق النفسي، ويضيف **Atkinson** وآخرون **(1990)** بأن كل أشكال السلوك المضطرب هي نتيجة للمواجهة غير الناجحة وكذلك الحال بالنسبة لسوء التوافق بين الفرد وبيئته

وخاصة البيئة الإجتماعية **(نقلا عن يوسف، 2000).** وعلى حسب تصريح **"Lazarus" (1993)** فإن فائدة أي نـوع من أساليب المواجهة يرتبط بنوع الموقف الضاغط ونمط الشخصية المعرضة للضغط.

مما سبق ذكرا يمكن إعتبار مواجهة الضغط النفسي طريقة أو محاولة من الفرد للتوافق مع الموقف الضاغط، هذا المحاولة إما تكون فاعلة وبالتالي تخفف من آثار الضغط النفسي، وإما أن تكون غير فاعلة فتساهم في تفاقم الضغط النفسي مما يؤثر سلبا على صحة الفرد. كما أن طرق الفرد المعتادة للتعامل ومواجهة الضغط النفسي تنبع من سمات شخصية الفرد، فالفروق الملاحظة في فعالية أساليب المواجهة ترتبط بالفروق الفردية في نمط الشخصية. كما تشير النتائج التي إنتهت إليها الدراسات السابقة إلى أهمية سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة في عمليات التوافق مع ضغوط الحياة، بالإضافة إلى دورها في الحفاظ على الصحة أو الإصابة بالمرض. ومن هنا جاء البحث الحالي لدراسة دور كل من سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة النفسية والجـسدية، مـن خلال إجـراء مقارنة بين مجموعة عادية (سوية، غير مرضية) ومجموعة مرضية (* تتضمن أربع مجموعات فرعية) في شدة الضغط النفسي، وبعض سمات الشخصية من تقدير، فعالية الذات و سمة القلق، وإستراتيجيات المواجهة المستعملة بين المجموعتين في إدارة هذا الضغوط. كما يهدف هذا البحث إلى دراسة الإرتباطات بين الضغط النفسي وكل من سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة لدى العاديين والمرضى على حد سواء لفهم كم وإتجاه هذا الإرتباط.

في ضوء ما تقدم يمكن صياغة مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات التالية:

1- هل هناك فروق دالة في شدة الضغط النفسي بين العاديين والمرضى ؟ وهل هناك إختلاف في شدة هذا الضغط بين العاديين وكل مجموعة مرضية على حدى ؟

2- هل توجد فروق جوهرية بين العاديين والمرضى في كل من تقدير الذات، وفعالية الذات وسمة القلق ؟ وهل هناك إختلاف في هذا السمات الشخصية بين العاديين وكل مجموعة مرضية على حدى ؟

3- هل يختلف العاديون عن المرضى في إستراتيجيات مواجهة الضغوط ؟ وهل توجد فروق دالة بين العاديين وكل مجموعة مرضية على حدى في إستراتيجيات مواجهة الضغوط ؟

4- هل هناك إرتباط دال بين شدة الضغط النفسي وبعض سمات الشخصية من تقدير ذات، وفعالية الذات وسمة القلق لدى العاديين والمرضى ؟

5- هل هناك إرتباط دال بين شدة الضغط النفسي وإستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى العاديين والمرضى ؟

---

* تتضمن المجموعة المرضية للبحث الحالي أربع مجموعات فرعية تتمثل أساسا في المشكلات الصحية الأكثر تواترا في مدينة عنابة وهي كالتالي مرض الربو، وداء السكري، والإدمان على المخدرات ومحاولات الإنتحار.

فرضيات البحث:

1- توجد فروق دالة إحصائيا بين العاديين والمرضى في شدة الضغط النفسي لصالح الفئة الثانية.

2- هناك إختلاف دال في شدة الضغط النفسي بين المجموعة العادية وكل مجموعة مرضية على حدى لصالح المرضى.

3- توجد فروق دالة بين العاديين والمرضى في كل من تقدير الذات، وفعالية الذات لصالح المجموعة الأولى، وفي سمة القلق لصالح المجموعة الثانية.

4- هناك إختلاف دال بين المجموعة العادية وكل مجموعة مرضية على حدى وفقا لسمات الشخصية من تقدير ذات، وفعالية الذات وسمة القلق.

5- يختلف العاديون والمرضى إختلافا دالا في إستراتيجيات مواجهة الضغوط.

6- توجد فروق دالة بين المجموعة العادية وكل مجموعة مرضية على حدى في إستراتيجيات مواجهة الضغوط.

7- هناك إرتباط دال في شدة الضغط النفسي وبعض سمات الشخصية من تقدير الذات، وفعالية الذات وسمة القلق لدى العاديين والمرضى.

8- هناك إرتباط دال بين شدة الضغط النفسي وإستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى العاديين والمرضى.

أهداف البحث:

تهدف هذه الدراسة الكشف عن بعض النقاط البحثية الآتية:

1- الكشف عن الفروق بين العاديين والمرضى في كل من شدة الضغوط النفسية، وبعض سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة ومن خلالها يمكن معرفة دور هذه المتغيرات النفسية والإجتماعية التي تكمن وراء إحتفاظ الأشخاص بصحتهم الجسمية والنفسية رغم تعرضهم للضغوط.

2- فحص دور بعض سمات الشخصية من تقدير الذات، وفعالية الذات وسمة القلق كمتغيرات سيكولوجية تخفف من وقع الأحداث الضاغطة على الصحة الجسمية والنفسية للفرد مما يجعل بعض الأشخاص يتعرضون للضغوط ولا يمرضون، بينما تعرض البعض الآخر للإصابة المرضية.

3- فحص دور إستراتيجيات المواجهة كمتغير معدل للعلاقة بين الضغوط النفسية والصحة، وبالتالي الكشف عن الإختلافات في أساليب المواجهة التي يوظفها المرضى والعاديين لدى تعرضهم لمواقف ضاغطة.

4- الكشف عن العلاقة بين شدة الضغوط النفسية وبعض سمات الشخصية لدى العاديين والمرضى.

5- الكشف عن العلاقة بين شدة الضغوط النفسية وإستراتيجيات المواجهة لدى العاديين والمرضى.

أهمية البحث:

وتبرز أهمية الدراسة الحالية فيما يلي:

1- إقتراح نموذج تفاعلي لتفسير التأثيرات المتبادلة بين سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة بشدة الضغوط النفسية وإنعكاس ذلك على الصحة والمرض.

2- الكشف عن المتغيرات التي تقوم دور الوسيط بين الضغط وإنعكاساته الصحية أوالمرضية. وعليه، إن التحكم في مثل هذا المتغيرات يسمح بالحفاظ على الوظائف النفسية والجسمية في حالة سوية، والوقاية من الإضطراب والمرض النفسي والنفسجسدي وصولا إلى شخصية سوية، ويتحقق ذلك من خلال إقتراح بعض الإجراءات الوقائية المرتبطة بالتحكم في الضغط والتوظيف الفعال لبض سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة للحفاظ على الصحة، وبعض التدخلات العلاجية والكفالة النفسية للمصابين بالمرض. وبالتالي حصر دور بعض العوامل النفسية الإجتماعية التي تساعد على تحقيق التوافق خلال التعرض للضغط في أفضل صورة، وذلك بغرض بحث أفضل للظروف التي تحقق التوافق بأشكاله المختلفة وبالتالي الصحة النفسية والجسدية.

تحديد مفاهيم البحث:

مفهوم الصحة:

هي حالة من التوافق التام بين الوظائف الجسدية والنفسية المختلفة، والقدرة على مواجهة الصعوبات مع الإحساس الإيجابي بالنشاط والحيوية وخلو الجسم من المرض والإضطراب.

مفهوم الصحة الجسدية:

تعني الخلو من الأمراض وعمل العضوية بشكل طبيعي من خلال سلامة أعضاءها وقيامها بوظائفها. فهي حالة السلامة البدنية التي تتوقف على سلامة أعضاء جسم الإنسان والتوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة مع القدرة على مواجهة الصعوبات والتغيرات المحيطة مع الإحساس الإيجابي بالنشاط والقوة والحيوية.

مفهوم الصحة النفسية:

تعني قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع الآخرين من حوله، وقدرته على مواجهة الأزمات والصعوبات التي تطرأ عادة عليه مع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية والخلو من الإضطرابات النفسية.

مفهوم الضغط النفسي:

أنه مجموع المصادر الداخلية والخارجية الضاغطة التي يتعرض لها الفرد في حياته وينتج عنها ضعف قدرته على إحداث الإستجابة المناسبة للموقف، فهو يعتبر نتيجة لتفاعل الفرد بالبيئة حيث ينشأ عندما يقدر الفرد الوضعية بأنها مهددة وتتجاوز مواردها الشخصية وإمكانياته، وأنه لا يملك إستجابة مواجهة ملائمة وفاعلة مباشرة عندها يختبر تغيرات فيزيولوجية وإنفعالات وتغيرات في الأنماط السلوكية التي تهدد

صحته. ويعرف إجرائيا بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد على بنود إستبيان إدراك الضغط المستخدم في هذا البحث.

مفهوم سمة الشخصية:

هي الصفة أو الخاصية التي تميز سلوك الفرد، وتعتبر الوحدة الرئيسة لبناء الشخصية. وهي صفة مستقرة وثابتة نسبيا وتتعلق بالإختلافات الموجودة بين الأفراد في إتجاهاتهم، وميلهم إلى رؤية العالم بطريقة معينة أو للتصرف بطريقة ثابتة يمكن التكهن بها.

مفهوم تقدير الذات:

أنه تقييم ذاتي يتحدد في ضوءه مدى تقبل الفرد لذاته أو رفضه لها في مجالات إعتبار الذات، وينعكس هذا التقويم في ثقته بذاته وشعوره نحوها، وفكرته عن مدى أهميتها وجدارتها، وتوقعاته منها، وبهذا المعنى يشير تقدير الذات إلى الصورة التي يحملها الشخص عن قيمته سواء بالإيجاب أو بالسلب. ويعرف إجرائيا بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد على بنود مقياس تقدير الذات المستخدم في هذا البحث.

مفهوم فعالية الذات

إيمان الفرد يقينيا في قدراته وثقته في إستعداداته ومهاراته على أداء عمل ما يتطلب جهدا فائقا ونفسا طويلا وأداء شاقا يتحداه الفرد ويجد نفسه فيه وسيتعرض من خلاله قدراته ومؤهلاته بهمة ونشاط. وتعرف إجرائيا بأنها مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد على بنود مقياس فعالية الذات المستخدم في هذا البحث.

مفهوم سمة القلق

حالة ثابتة نسبيا من التهيؤ للإستجابة للمثيرات والأحداث بطريقة يتضح فيها القلق، مع إدراك العالم المملوء بالمواقف المثيرة كشيء خطر أو مهدد، كما أنها تعني الميل إلى الإستجابة لمثل هذه التهديدات بالقلق. وتعرف إجرائيا بأنها مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد على بنود مقياس سمة القلق المستخدم في هذا البحث.

مفهوم إستراتيجيات المواجهة

مجموعة من المجهودات المعرفية والسلوكية التي يوظفها الفرد بهدف التعامل وإدارة الطلب الناتج من التفاعل فرد- بيئة، وذلك من خلال تقليص، وضبط، وتحمل، وخفض وإنقاص من الضيق النفسي والموقف الذي يقدره الفرد بأنه ضاغط ومهدد ويتجاوز إمكانياته وقدراته الفردية، فالمواجهة هي إستجابة للضغوط الخارجية والداخلية بهدف تقليص آثارها على صحة الفرد النفسية والجسدية. وتعرف إجرائيا بأنها مجموعة درجات التي يحصل عليها الفرد على إستبيان إستراتيجيات المواجهة المستخدم في هذا البحث.

تـمـهـيـد:

يعد موضوع الصحة إحدى الموضوعات الأساسية التي نالت الكثير من الإهتمام والدراسة على يدي العلماء والأطباء منذ عدة عقود مضت، ولقد تزايد الوعي لدى الناس بأهمية الصحة كوسيلة هامة لتنمية المجتمع وتقدمه. وأمام تزايد إهتمام المجتمعات بقضايا الصحة والمرض، عمد العلماء الدارسون إلى البحث عن مفهوم الصحة ومظاهرها بهدف توفير رعاية صحية مناسبة للأفراد وحمايتهم من المخاطر الصحية التي قد يتعرضون لها في حياتهم. لذلك يعتبر مفهوم الصحة من المصطلحات الهامة التي تحمل العديد من الإتجاهات والمعاني، ولقد أولتها منظمة الصحة العالمية إهتماما كبيرا، كما أنها تصدر تقريرا سنويا حول وضع الصحة في العالم تحدد من خلاله التحديات الصحية الخطيرة التي قد تواجهها بعض أقطار العالم وتعمل على رسم السياسات الصحية التي ينبغي إعتمادها لمواجهة تلك التحديات.

نظرا لأهمية مفهوم الصحة، بما فيها الجسدية والنفسية ومفهوم التوافق في هذا البحث سنحاول في هذا الفصل التعرض إلى مختلف المظاهر والجوانب المرتبطة بالصحة ومشكلاتها وهذا بالتطرق إلى مفهوم الصحة في حد ذاته وإلى عرض الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى إضطرابات هذا الأخيرة، كما سنحاول تحديد مفهوم التوافق بالإشارة إلى أساليبه المباشرة وغير المباشرة، إضافة لهذا سنتعرض للتناولات النظرية المفسرة للصحة النفسية وكذا تحديد ملمح الصحة حسب الدراسات الإبيديولوجية للمنظمة العالمية للصحة، وفي الأخير محاولة تحديد ملمح للصحة في الجزائر مع التركيز على ولاية عنابة وعلى بعض المشكلات الصحة الأكثر تواترا.

1- مفهوم الصحة الجسمية والصحة النفسية

يعتبر مفهوم الصحة من المصطلحات الهامة التي أولاها العلماء والباحثون من شتى التخصصات العلمية والإكلينيكية إهتماما بالغا، ولقد ساهم هذا الإهتمام المتزايد بالصحة إلى بروز عدة تعريفات لها. فهي تعني لغويا البرؤ مـن كل عيب أو ريب، ويعد صحيحا كل سليم من العيوب والأمراض **(يوسع علĂÛ1997Û ţ 16)**Û من جهة أخرى يعرفها معجم لاروس **(Larousse)** بأنها حالة الشخص الذي تعمل عضويته بشكل طبيعي**(Larousse, 1997, P254).**

ومن التعريفات الرائدة التي تقوم على فكرة الشمولية، تعريف منظمة الصحة العالمية الذي نتبناإا في هذا البحث، بإعتبار الصحة حالة الرفاهية أو السعادة الجسمية والنفسية والإجتماعية التامة، وليس مجرد غياب المرض أو العجز أو الضعف **(bloch et al, 1993, p 686)**. ومن أهم مزايا هذا التعريف أنه لا يقصر الصحة على أجهزة الجسم بل يقيم تكاملا بين الجسم والنفس والمجتمع، فهو يؤكد مدى إرتباط الجوانب الجسمية والنفسية والإجتماعية في الإنسان. كما أن هذا التعريف لا يحدد الصحة بحالة الخلو من الأعراض والأمراض فقط، وأن المرض ليس فقط الدليل الوحيد على عدم الصحة، بل إن للصحة جوانب إيجابية تشير إلى تكامل سليم بين مكونات الشخصية وجوانبها المختلفة. ويتفق "**محمد قاسم عبد اŶ**" **(2001Û ţ 15)** في تعريفه للصحة مع ما نصت عليه منظمة الصحة العالمية بأنها ليست مجرد خلو الجسم من المرض والإضطراب، ولكنها حالة يتكامل فيها الشعور بالكفاية الجسمية والنفسية والإجتماعية، إنها حالة من التوافق التام بين الوظائف البدنية والنفسية المختلفة، والقدرة على مواجهة الصعوبات مع الإحساس الإيجابي بالنشاط والحيوية**.**

ويتضح من التعاريف الآنفة الذكر، أن الصحة لا تشمل الجانب البدني فقط (الصحة الجسدية) وإنما تمتد لتشمل الجانبين النفسي والإجتماعي، وأنها ليست مجرد غياب المرض أو الضعف وإنما هناك جانب إيجابي أو شروط أخرى يجب أن تتوافر حتى يتمتع الشخص بالصحة. وعليه، يرتبط مفهوم الصحة بمدى سلامة وتكامل ثلاث جوانب أساسية في الإنسان والمتمثلة في الصحة الجسمية، والنفسية والإجتماعية. والتي سنتعرض لها بنوع من التفصيل.

كثيرا ما تعرف الصحة الجسمية بأنها التحرر من الأعراض والأمراض، كما تعرف أيضا بأنها حالة السلامة البدنية التي تتوقف على سلامة أعضاء جسم الإنسان **(يوسع علĂÛ 1997Û ţ 17)**Û أو بالتوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة مع القدرة على مواجهة الصعوبات والتغيرات المحيطة بالإنسان، والإحساس الإيجابي بالنشاط والقوة والحيوية **(عبد اŶÛ 2001Û ţ 18).**

ويفسر مفهوم الصحة الجسدية عموما، ضمن إتجاهين أساسيين إحداهما يعرف بالسلبي ويرى أصحابه أن الصحة الجسدية عبارة عن خلو من الأمراض. فالإنسان الكامل من الناحية العضوية، أو صحيح البدن تماما هو ذلك الشخص الذي لا يحتاج لإستشارة طبية لوجود أعراض كضغط الدم المرتفع أو ضيق التنفس أو أعراض كالألم والغثيان أو مرض معين يحتاج إلى علاج. والآخر إيجابي يرى أصحابه أن للصحة الجسمية جانب إيجابي، فالإنسان الذي يتمتع بصحة كاملة هو ذلك الذي تعد حواسه وأعضاؤه وأجهزته سليمة، تقوم بوظائفها عند مستوى محدد لا إفراط ولا تفريط، ويتسم مثل هذا الشخص بالحيوية والنشاط والقوة، والتكيف للتغيرات في التغذية وفي البيئة الفيزيقية كالحرارة والرطوبة والجفاف وأن يتحمل الجهد الزائد دون أن يمرض، ولا يصيبه التعب لأقل مجهود، كل ذلك بالإضافة إلى قدر من المناعة ضد الأمراض والقدرة على مقاومتها والشفاء منها **(عبد الخال5Û 1997Û ţ 29-31)**. وعليه يرتبط مفهوم الصحة الجسدية بالخلو من الأمراض وبعمل العضوية بشكل طبيعي من خلال سلامة أعضاءها وقيامها بوظائفها.

أما الصحة النفسية هي إصطلاθ شائع بين عامة المثقفين شأنه في ذلك شأن غيره من مصطلحات علم النفس، فأوضح العديد من المختصين بأن الصحة النفسية هي القدرة على التعامل مع مطالب الحياة اليومية دون أن يرهق الفرد نفسه، ويبذل طاقته وفق متطلبات الموقف فيشعر بالكفاية والسعادة لذلك تقترن الصحة النفسية بتوكيد الفرد لشخصيته ومفهومه لذاته، ونظرته الموضوعية لقدراته ومتطلبات العالم الخارجي الذي يحيط به والقدرة على مواجهة الحياة وتقبلها.

ويعد تعريف منظمة الصحة العالمية للصحة النفسية من التعريفات المقبولة، وينص على أنها حالة عقلية إنفعالية مركبة دائمة نسبيا من الشعور بأن كل شيء على ما يرام، والشعور بالسعادة مع الذات ومع الآخرين، والشعور بالرضا والطمأنينة، والأمن وسلامة العقل والإقبال على الحياة والشعور بالنشاط والقوة والعافية، ويتحقق في هذه الحالة درجة مرتفعة نسبيا من التوافق النفسي والإجتماعي. ويتسم الشخص ذو الدرجة المرتفعة من الصحة النفسية بسمات عدة منها الكفاءة، والخلق القويم، والإتزان الإنفعالي، والسلوك السوي، وتكامل الشخصية والقدرة على مواجهة مطالب الحياة وضغوطها والتغلب على أزماتها. ومن بين المؤشرات الأساسية لصحة الفرد النفسية هي التحرر النسبي من الإضطرابات النفسية والأمراض العقلية والتأخر العقلي وإنحرافات السلوك **(الخالديÛ 2002Û ţ 31)**.

ويعرفها " **مصطفĂ فهمي**" نقلا عن **(عبد الغنيÛ 2000Û ţ 33)** بأنها التوافق النفسي الذي يهدف إلى تماسك الشخصية ووحدتها، وتقبل الفرد لذاته، وتقبل الآخرين له بحيث يترتب على هذا كله شعورا بالسعادة والراحة النفسية. **ويتفق** معه "**Johada** " نقلا عن **(الداهريÛ 1999Û ţ 42)** فيشير أن مفهوم الصحة النفسية مفهوم بسيط يصف الشخص الذي يسيطر على بيئته بطريقة إيجابية نشطة تتضح فيها وحدة إتساق الشخصية، ويدرك نفسه والعالم الذي حوله بطريقة واقعية، ويستطيع أن يوظف قدراته بفاعلية ويتميز بقدرة السيطرة على العوامل التي تؤدي إلى الإحباط أو اليأس. وتعني الصحة النفسية قدرة الفرد على التوافق مع نفسه ومع الآخرين من حوله، وقدرته على مواجهة الأزمات والصعوبات التي تطرأ عادة على الفرد، مع الإحساس الإيجابي بالسعادة والكفاية والخلو من الإضطرابات النفسية.

أما الصحة الإجتماعية فتتمثل في قدرة الفرد على التكيف مع البيئة الخارجية، وأداء وظائفه في الحياة على أكمل صورة. كما تعرف بأنها قدرة الفرد على التوافق الإجتماعي من خلال التكيف مع الآخرين المحيطين به وأداء أدوارا الإجتماعية المختلفة بطريقة مناسبة **(يوسع علĂÛ ţ 30)**.

يتضح من خلال ما تقدم أن تحديد مفهوم الصحة بجوانبها الجسدية والنفسية والإجتماعية يرتبط أساسا بوجود مؤشرات إيجابية للصحة مثل سلامة الحواس وأعضاء الجسم وقيامها بدورها، والتوافق النفسي والإجتماعي، والشعور بالرضى والسعادة، والتوافق مع الآخرين، وأداء أدوار إجتماعية بطريقة مناسبة والقدرة على مواجهة الأزمات والضغوط. وهناك مؤشرات أخرى للصحة وهي سلبية وتتمثل في الخلو من الأمراض الجسدية والنفسية والإجتماعية. وتبقى الصحة هي حالة تكامل طاقات الفرد المختلفة وسلامة جوانبها المتعددة بحيث تؤدي إلى كفاءة توظيفه لها وتحقيقه لذاته، وهكذا فإن الإنسان وحدة نفسية إجتماعية متكاملة، وأن هناك تأثير متبادل بين كل من الجسم والعقل والمجتمع.

2- علامات الصحة الجسدية والنفسية

للصحة الجسمية والنفسية علامات وسمات، ومؤشرات تشير إليها، ودلالات تدل عليها. فيما يلي أهم هذا المظاهر:

الشخص الذي يتمتع بالصحة الجسدية لابد أن تتوافر فيه مجموعة من السمات كالتوافق التام بين الوظائف الجسدية المختلفة، أي أن يقوم كل عضو في الجسم بوظيفته بطريقة سليمة تخدم حاجة الأعضاء الأخرى دون زيادة أو نقصان، فعندما يقوم كل من الجهاز التنفسي والجهاز الهضمي، والبولي، والقلب والدوراني بدورا بصورة سليمة في الجسم يؤدي هذا إلى صحة الجسم وقوته، أما إذا قام أحد الأعضاء بنشاط أكبر أو أقل مما يتطلبه دورا سيؤدي هذا إلى المرض. فلو قام الجهاز البولي بنشاط أقل مثلا،سيجعل الجسم غير متمكن من التخاص من الفضلات فيصاب بالمرض. وهكذا فإن التناسق الوظيفي

بين الوظائف الجسمية يعني أن تعمل جميعها متعاونة متفاعلة لصالح الجسم كله. ومن مؤشراتها أيضا قدرة الجسم على مواجهة الصعوبات المحيطة به، يعني قدرته على مقاومة التغيرات المألوفة مثل حرارة الجو، ومقاومة الأمراض (المناعة)، والتكيف مع أنواع الأغذية...إلخ. بالإضافة إلى الشعور بالنشاط والقوة والحيوية، فالشخص يشعر بالنشاط والحيوية إذا كان هناك توافق بين وظائف أعضائه وقادرا على مواجهة التغيرات التي يتعرض لها الجسم. كما يتسم الشخص الذي يتمتع بالصحة الجسدية بالخلو من الأمراض، لأن الخلو من الأعراض والأمراض الجسدية علامة على الصحة **(عبد اÎÛ ţ 19).**

كما للصحة النفسية علامات تشير إليها، وتشمل على مظاهر سلوكية محددة يتوافر كثير منها لدى الشخص الذي يحصل على درجة مرتفعة من الصحة النفسية. وهذا المؤشرات على نوعين منها مشاعر ذاتية لا يشعر بها إلا صاحبها، وأخرى مظاهر خارجية يدركها الآخرون**(الخالديÛ 2002Û ţ 47).**
فما هي هذا العلامات والمظاهر ؟

يتفق جميع العلماء أن الشخص الذي يتمتع بالصحة النفسية لابد أن تتوافر فيه مجموعة من السمات كالتوافق الذاتي، ويعني نجاح الإنسان في التوفيق بين دوافعه، وحسن تكيفه مع نفسه ورضاه عنها، والتحكم فيها وحسم صراعاتها. والتوافق الإجتماعي ويقصد به حسن التكيف مع الآخرين في المجالات الإجتماعية التي تقوم على العلاقات الحوارية بين الأفراد، وتتسم هذا العلاقات بالتعاون والحب والتسامح والإيثار والثقة والإحترام والتقبل سواء في المجال الأسري، والزواجي، والمدرسي والمهني. بالإضافة إلى الشعور بالرضى وراحة البال، ويتم ذلك من خلال الشعور بالطمأنينة والأمن، والإستمتاع بالحياة والإقبال عليها والرضا عنها، وذلك بالتحمس للحياة، والرغبة الحقيقية في أن يعيشها الإنسان، ويستمتع بها، والتفاؤل وتوقع الخير، والرضا عن النفس وتقبلها وإحترامها وذلك بمعرفة قدر النفس وحدودها، فلكل فرد قدرات وإمكانيات بدرجات معينة، ومن الثابت أن لكل فرد جوانب قوة وجوانب ضعف، ومن بين مظاهر الصحة النفسية أن يدرك الفرد هذا الحقيقة ويستثمر جوانب قوته ويتقبل نواحي ضعفه، وعدم معرفة قدر النفس يكون على صورتين الإفراط أو التفريط، أي مبالغة الفرد في تقدير ذاته وتضخيم إمكاناته أكبر من قدرها، أو تحقير نفسه والإقلال من قدرها، وتشير كل من هاتين الصورتين إلى إختلال الصحة النفسية.

ومن مؤشراتها أيضا الإتزان والثبات، ويقصد هنا الإتزان الإنفعالي والثبات الوجداني وإستقرار الإتجاهات، ونضج الإنفعالات إلى حد بعيد، وإتساع الأفق والمرونة مما يساعد الفرد على مواجهة الإحباط، لأن الحياة اليومية لا تخلو من الأزمات والشدائد أو الصعوبات التي يتعين على الفرد مواجهتها، والصمود لها، ومحاولة حلها والتغلب عليها.

كما يتسم الشخص الذي يتمتع بالصحة النفسية بالخلو النسبي من الأمراض، وذلك بعدم ظهور كثير من الأعراض المحددة، والتي يمكن أن تعد من بين أعراض الإضطرابات النفسية (كالوساوس، والمخاوف الشاذة، والأرق الدائم، الحزن والقلق). والأمراض العقلية (كالتوهمات والهلاوس) وغير ذلك من الأعراض. وليس من الضروري لكي يتصف الفرد بالصحة النفسية أن تتجمع كل هذه الجوانب جميعها لديه جملة وتفصيلا. فإن هذه العلامات ما هي إلا مؤشرات على الصحة النفسية المثالية أو الكاملة، وهذا ما يشير بدوره إلى نسبية الصحة النفسية **(الخالدي؛ 2002؛ ţ 47).** وفي نفس السياق، يشير" **الكPšافي" (1998؛ ţ 52)** بأنه يمكن تلخيص مظاهر الصحة النفسية في قدرة الفرد على مواجهة الضغوط النفسية ومقاومة الإحباط، وإستيعاب حالات الفشل وإحتوائها والتعامل معها لتحويلها إلى طاقة نفسية ودافعية يوجهها نحو ثلاث دوافع أساسية هي الدافع إلى الإنجاز والطموθ والمثابرة في تحقيق مطالبه التي تفرضها مواقف الحياة.

3- الصحة بين السواء والمرض

إن الصحة والمرض ليست مفاهيم منفصلة ولكنها متداخلة بحيث نتحدث عن درجات متفاوتة من الصحة والمرض. ويعني ذلك أن الصحة والمرض حالات نسبية تتوزع بشكل كمي على خط متصل ولكل فرد درجة ومركز عليه. قد يعبر عن حالة متزايدة من تدهور الصحة وإزدياد الأعراض والمرض، وهنا يأتي المنهج العلاجي لتخفيف الأعراض والتخلص من المرض. وقد يعبر عن إزدياد درجة الصحة، وهنا يتدخل المنهج الوقائي عن طريق برامج التوعية والتربية والوقاية لدفع الفرد إلى مزيد من الصحة **(عبد الŶ؛ 2001؛ ţ 16-17).** وهناك إتفاق عام على أن إصابة شخص ما بمرض (خفيفا أو شديدا، حادا أم مزمنا) لهو دليل مؤكد على أنه لا يتمتع بالصحة بشكل كامل. إن الصحة والمرض درجات متباينة تختلف في الدوام والشدة وتتباين من شخص لآخر. ونستنتج من ذلك أن الصحة عكس المرض، وإن الخلو من الأعراض علامة على الصحة، وإن الصحة والمرض درجات**(عبد الŶ؛ ţ 15).**

يتضح مما تقدم ضرورة تحديد مفهومين أساسين في علم الصحة، وهما مفهوم السواء والمرض. والتي سنتعرض لها بنوع من التفصيل مع ذكر صفات كل منها ومعايير التمييز بينهما.

3 - 1 مفهوم السواء

عادة ما ينظر إلى السواء على أنه الحالة المضادة لعدم السواء. وتعني كلمة السواء في اللغة " الإعتدال والإستقامة " فالسواء بذلك يعني الإعتدال في السلوك وعدم الإنحراف عن المعايير السائدة والمتفق عليها. أما في العلوم الطبيعية فإن مفهوم السواء يشير عادة إلى حالة من التوافق في النظم والوظائف العضوية لأحد الأعضاء أو أجزاء الجسم كله **(الكPšافي؛ 1998؛ ţ 47).**

وفي اللغة الإنكليزية، فإن كلمة سوي (Normal) تعني" صنع وفقا لقاعدة "، والإتساق مع المعيار والتطابق مع النوع الشائع، أو العمل وفقا لما هو طبيعي وعادي ومنتظم. أما في علم النفس والطب النفسي، فالإستواء يرادف الصحة النفسية. ومصطلح سوي قيمة معيارية تمثل العادي والمتوسط والقريب من المركز **(عبد اŸÛ 2001Û ţ 61).**

إن السواء أمر نسبي فيما قد يراءا أحدهم سويا مقبولا قد يراءا غيرءا غير سوي ومرفوض. كما أنه ليس من السهل التمييز والفصل بين السواء وعدم السواء. وهذا ما أدى إلى وضع معايير واضحة تحدد حالات السواء وعدم السواء. فالمعيار الإحصائي يقوم على إعتبار أن السواء هو الحالة المتوسطة بناءا للتوزيع الإعتدالي، وعليه تكون الفئة الوسطى الشائعة هي المعبرة عن السواء بالمعنى الإعتيادي حيث يتشابه الناس في خصائصهم ومستوى نشاطهم الوظيفي **(حجاŖيÛ 2000Û ţ 63).** كما يعتمد هذا المعيار على إعطاء مكانة كمية لنسب التوسط ونسب التطرف. وهكذا فإن التوسط (الأغلبية) تشير إلى السواء، أما التطرف (القلة) هو البعد عن المتوسط فيشير إلى الشذوذ **(عبد اŸÛ ţ 69-70).** وفي هذا الحالة يصبح الشخص السوي هو الذي يتشابه مع أعضاء غالبية المجموعة في سلوك معين أوصفة معينة **(الŖافيÛ 1998Û ţ 48).** وعليه، فهناك مظاهر للسلوك يشترك فيها جميع الناس، فإذا خرج بعضهم عن ذلك الإطار وأظهر ما يخالف ذلك فإن سلوكهم يعتبر شذوذا وخروجا عن المألوف.

أما المعيار الطبي، فيشير إلى أن الصحة تعني الخلو من الأمراض، ويعتبر ظهور الأعراض العضوية أو النفسية أو الخلو منها كعلامة من علامات الصحة، وبناءا على هذا النظرة فإن إضطراب الصحة يعتبر خللا ويبدو ذلك في شكل أعراض مرضية مؤقتة أو مزمنة، ويمكن التعرف عليها عن طريق الفحص والتشخيص الطبي **(الŖافي Û ţ 48).** ووفقا لهذا المنظور يعتبر السلوك غير السوي نتيجة حالة مرضية أو مضطربة يستدل عليها من أعراض إكلينيكية. فالشخص السوي هو الذي ليس لديه أية أعراض مرضية، ونادرا ما نجد الشخص الخالي طول الوقت من أي عرض من الأعراض المرضية، ومن هذا الأعراض نميز ضيق التنفس، والمخاوف، والهلاوس، السرقة والإدمان **(عويضةÛ 1996Û ţ 35).** وعليه، فالسواء هنا يحدد من خلال غياب الإصابة، فهي حالة النشاط الوظيفي المعقول مع غياب الأمراض المعروفة.

في حين يعتمد المعيار الإجتماعي الثقافي في تحديد السواء على مدى مسايرة الفرد لمعايير المجتمع الذي ينتمي إليه الفرد أو الجماعة أو الجماعات التي يتعامل معها، حيث تعتبر الجماعة الفرد سويا إذا كان على وفاق معها ومسايرا لها، وتعتبرءا شاذا إذا ما خرج على معاييرها وقيمها. ووفقـا لهذا المنظور فإن

بعض السلوك يعتبر شاذا في ثقافة معينة، ويعتبر سويا في ثقافة أخرى وذلك لإختلاف تقييم أي سلوك من مجتمع لآخر حسب درجة تقدمه وثقافته **(عويضةÛ 1996Û ţ 35).** وعليه، فالسواء هو إلى حد ما تركيب ثقافي يرتكز على التوافق الإجتماعي أو المعايير الإجتماعية، وهي معايير متغيرة طالما أن الثقافات تباين.

يتضح مما تقدم أن تحديد مفهوم السواء ليس من الأمور السهلة لذلك ظهرت العديد من المعايير لتحديد السوي من المرضي. فالمنظور الإحصائي يعتبر المتوسط والشائع هو السواء، وتكون اللاسوية عند الإنحراف عن هذا المتوسط، بينما ينظر المعيار الطبي إلى السواء عند غياب الأعراض والأمراض، أما المحك الإجتماعي يعتبر السواء عدم الإنحراف عن المعايير والقيم الإجتماعية السائدة والإمتثال لها، ويبقى السوي والمرضي أمر نسبي.

3-2 مفهوم المرض

المعنى الحرفي لكلمة مرض هو الإحتياج للراحة، فالمرض هو كل ما خرج بالكائن الحي عند حد الصحة والإعتدال، والمريض في اللغة العربية هو من فسدت صحته فضعف، أو هو من به مرض أو نقص أو إنحراف **(يوسع علĂÛ ţ 26).** فالمرض هو عكس الصحة، ويعرف طبيا بأنه أي شرط أو وضع جسمي غير سوي. كما أن الإضطراب هو خلو النظام أو تعطيل له يحدث خللا، ويؤدي إلى خلل في النظام وسيرإ الطبيعي، كما يعرف بأنه مجموعة أعراض وعلامات (كضغط الدم، وإرتفاع درجات الحرارة، والغثيان والدوخة...إلخ) تجتمع معا لتكون مـا يسمى متلازمة أو تناذر، هذإ المتلازمة أو التناذر لإجتماع الأعراض معـا يطلق عليها إسم مرض أو إضطراب بعد فحـصها وتشخـيصها **(عبد ŶlÛ ţ 16).**

كما يعتبر المرض إختلال يصيب الفرد ويجعله فريسة للضعف والعجز تعوقه عن أداء وظائفه الجسدية أو النفسية أو الإجتماعية. فالمرض الجسدي، هو المعاناة من أعراض ظاهرة أو غير ظاهرة، تؤدي إلى عدم القدرة على قيام الجسم أو بعض أجهزته البيولوجية بوظائفها المختلفة. والمرض النفسي، هو عدم القدرة على تحمل الضغوط وإصابة الفرد بالإضطرابات النفسية المختلفة. أما المرض الإجتماعي، هو عدم القدرة على التكيف مع البيئة الخارجية وتتمثل في المشكلات الإجتماعية المختلفة كالإنحراف والإدمان وغيرإ **(يوسع علĂÛ ţ 47)**. عموما فالمرض ليس حالة ثابتة، وإنما نتيجة عملية ديناميكية تتبع مجموعة من الأحداث في البيئة وفي الفرد منذ بدايته المبكرة حتى يرجع الشخص المريض لطبيعته، أو يصل لمرحلة من التوازن مع المرض أو العاهة أو عدم القدرة أو الموت **(يوسع علĂÛ ţ 48)**. وعليه، فالمرض هو حالة يكون فيها الفرد معتل الصحة، مع ظهور أعراض وعلامات تشير إلى وجود خلل في النظام وسيرإ الطبيعي.

4- الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى إضطراب الصحة

مهما إختلفت التجارب والخبرات التي تميز حياة كل فرد، إلا أن هناك على الأقل بعض الظروف تشترك فيها كل الكائنات الإنسانية، فالإصابة بالمرض حدث يتعرض له كل فرد عاجلا أم آجلا، فهو بذلك خطر يصيب جميع الأفراد دون إستثناء منذ الولادة حتى الوفاة نتيجة تعرضهم لبعض العوامل الطبيعية، والنفسية والإجتماعية.

عموما، ترجع الإصابة بالأمراض والإضطرابات إلى أسباب مختلفة، وهناك العديد منها ذات أسباب غير محددة كلية، وغالبيتها ترجع إلى أسباب مركبة ومعقدة **(Larousse, 1999, P226)**. وهناك إتفاق عام على أن السوي والمرضي إنما هو نتيجة لتضافر مجموعة من العوامل البيولوجية والنفسية والإجتماعية (**Biopsychosoical Factors**)، وفي السلوك المرضي تتجمع هذا العوامل وتتفاعل مع الضغوط النفسية أو الشدات لتحدث إضطرابات متنوعة، ويتوقف ذلك التأثير على نوعية شخصية الفرد ونمطها **(عبد الÛŶ ţ 183)**. وهناك من يصنف عوامل إضطراب الصحة إلى نوعين، عوامل مهيئة أي إستعدادية للإصابة بالمرض وتضم مجموعة من العوامل تهيئ الفرد وتجعله عرضة للإصابة بإضطراب ما، ويدخل فيها العوامل الوراثية والعضوية والنفسية والإجتماعية. فالسبب المهيئ للمرض ليس هو علة حدوث المرض، ولكنه عامل يهيئ الفرد لحدوث الإصابة ويجعلها أكثر إحتمالا خاصة إذا تضافر معه عوامل مفجرة ومعجلة **(العيسويÛ 2001Û ţ 411)**. ونقصد بالعوامل المفجرة أي المباشرة تلك العوامل التي تعجل من حدوث الإضطرابات، أو"النقطة التي جعلت الإناء يطفح". هذا العوامل هي في الواقع ضغوط نفسية ذات مصادر متنوعة تخلقها أحداث يمر بها الشخص، وهذا الأخيرة تعمل عملها بصورة قوية في المهيأ أصلا للإصابة **(عبد الÛŶ ţ 198)**. وبالتالي، فإن أسباب الأمراض ترجع في غالبيتها إلى عوامل مركبة منها العوامل المهيئة (الإستعدادية) والعوامل المفجرة (المساعدة).

في حين يصنف بعض علماء الصحة النفسية أسباب الأمراض والإضطرابات إلى أسباب حيوية بيولوجية **(Biological Causes)**Û وأسباب نفسية **(Psychological Causes)** وأسباب إجتماعية وثقافية **(Cultural Causes)**. والتي سنتعرض لها بنوع من التفصيل.

4-1 الأسباب الحيوية والبيولوجية

وتضم هذا المجموعة عددا كبيرا من العوامل السببية منها الوراثية، والكيماوية والعضوية. تشمل العوامل ذات المنشأ الوراثي الصفات الوراثية التي تنتقل إلى الأحفاد والأبناء من الأباء والأجداد عن طريق الجينات، حيث يورث الإستعداد للمرض أو المرض ذاته مثل الحساسية بأنواعها والسكري **(Larouse, 1999, P226)**. ومن طرق إنتقال الصفات الوراثية "السيادة الوراثية" وتعني أنه إذا حمل أحد

الوالدين صفة وراثية على جين من النوع السائد، فإن هذا الصفة مرضية كانت أم سوية تنتقل إلى الأبناء. وعند تزاوج والدين، أحدهما مصاب بمرض وراثي فإن 50% من الأبناء على الأقل ستظهر لديهم الصفة المرضية. وعند تزاوج والدين مصابين كلاهما بمرض وراثي سوف يصاب 75 % من الأبناء **(عبد اÛŸ ţ 185).**

أما العوامل ذات المنشأ الكيماوي، فتشير إلى أن هناك نوع من التوازن الكيماوي في جسم الإنسان، هذا التوازن هو الذي يتحكم في النمو والتكاثر، وعمليتي الهدم والبناء التي تؤمن الطاقة الضرورية للعمليات الحيوية. وتتحكم في عملية التمثيل الغذائي هذا الأنزيمات والفيتامينات والهرمونات التي تفرزها الغدد الصماء والتي قد تؤدي إلى إضطراب في الشخصية والسلوك. ومن بين الغدد الصماء التي لها أثر وظيفي واضح نميز الغدد النخامية، والدرقية، والكظرية، والبنكرياس والغدة الجنسية، مثلا إن نقص في هرمون الأنسولين الذي يضبط مستوى السكر بالدم يحدث مرض السكري، أما زيادة إفراز الأنسولين يحدث نقص في مستوى السكر بالدم مما يؤثر في الجهاز العصبي**(عبد اÛŸ ţ 188 - 190).**

ومن العوامل ذات المنشأ العضوي التي تحدث خلل في الشخصية نميز منها الشكل العام والتشوهات والعاهات، ويتوقف ذلك على مدى تقبل الفرد أو عدم تقبله لجسمه ومظهرا وفقا لما يؤثرا الآخرون ويفضلونه. أما العوامل الفيزيولوجية فتشمل عوامل خاصة بالأم وعوامل خاصة بالفرد نفسه. فيما يخص العوامل الأولى فهي تضم عوامل متنوعة متعلقة بالبيئة التي تؤثر على الجنين أثناء تكوينه ونموا داخل الرحم إبتداء من لحظة الإخصاب ولفترة 9 أشهر حين الولادة منها عمر الأم، وتغديتها أثناء الحمل، ومرضها مثل السكري يعرض الجنين للخطر، وفصيلة الدم والولادة المبكرة أو العسرة. أما بالنسبة للعوامل الخاصة بالفرد نفسه مرتبطة بدور الغدد والعوامل الوراثية وتأثيرها على البنية الجسمية **(عبد اÛŸ ţ 191 -193).**

2-4 الأسباب النفسية

هناك العديد من العوامل النفسية التي تؤثر في شخصية الفرد وصحته من هذا العوامل نميز منها ما يلي**(عبد اÛŸ ţ 195)**:

- الحرمان من رعاية الأم " الحرمان الأمومي " نتيجة إنفصال الطفل عن أمه لسبب ما، أو عدم منحها له الحب الكافي.
- شعور الطفل بأنه منبوذ لإهماله وعدم العناية به وتلبية حاجاته وإذلاله بالنقد.
- إفراط الأبوين في التسامح والتساهل مع الطفل.

- الخبرات المؤلمة في الطفولة والمراهقة.
- الصرعات والإحباطات والقلق.

3-4 العوامل الثقافية والاجتماعية

يتدخل المحيط الثقافي والإجتماعي في بناء شخصية الفرد وتحديد سلوكه، لذلك تؤثر العوامل الثقافية والإجتماعية على الفرد أهمها ما يلي **(عبد اŶÛ ţ 197 - 198)**:

- العادات والتقاليد والقيم والمعايير السائدة.
- أساليب تربية الأطفال (التعبير العاطفي، والإعداد للحياة وأسلوب التعامل...إلخ).
- الظروف الإجتماعية والإقتصادية (ظروف السكن، والعمل التغيرات والإجتماعية).
- التعقيد الثقافي وعدم توافق الفرد مع مجتمعه وثقافته.
- التطور الحضاري السريع وعدم توافر القدرة على مجاراة هذا التطور. والتغير والسرعة الذي يؤدي إلى قلة ميل الناس للراحة والإسترخاء وممارسة الهوايات بسبب الأعباء والمسؤوليات.
- إضطراب التنشئة الإجتماعية وإضطرابات الأسرة العلائقية.
- سرعة التغير الإجتماعي الذي يخلق ضغوطا نفسية لا يتحملها الكثيرون.

نستخلص مما تقدم أن هناك أسباب متعددة للإصابة بالأمراض وبهذا المفهوم لا يعتبر المستوى الصحي للفرد في حالة ثابتة بل في حالة حركة ديناميكية، وذلك لأنه نتيجة لتفاعل عدة عوامل يعمل كل فيها فـي إتجاﻩ قد يكون إيجابيا أو سلبيا فيما يتعلق بإكتساب الصحة أو فقدانها. في هذا السياق، يصرθ "**محمد قاسم عبد اŶ**" **(199 ţ)**:" إننا في الواقع نتبنى الإتجاﻩ المتعدد العوامل لفهم الأمراض، وإتخاذ إتجاﻩ بيولوجي– نفسي– إجتماعي حيث يكون السلوك المرضي ومتلازمة الأعراض محصلة لتفاعل تلك العوامل مع التأكيد على التأثير النسبي لكل منها، فقد يكون بعضها قويا في إضطراب ما وضعيفا في آخر".

5 - مفهوم التوافق

يعتبر مفهوم التوافق من المفاهيم النفسية التي حظيت بإهتمام بالغ من قبل علماء النفس بصورة عامة، وإتخذ المهتمون بدراسة مناحي متعددة في سبيل تحديد مفهومه، إلا أنهم يجمعون بأنه عملية تفاعل ديناميكي مستمر بين قطبين أساسيين أحدهما الفرد نفسه والثاني بيئته المادية والإجتماعية، حيث يسعى الفرد من خلالها لأن يشبع حاجاته البيولوجية والسيكولوجية، ويحقق مطالبه المختلفة متبعا في سبيل ذلك وسائل مرضية لذاته وملائمة للجماعة التي يعيţ بين أفرادها. ويمكن أن نقابل أيضا الصحة النفسية بالتوافق، كـذلك بين إعتلال الصحة النفسية وسـوء التوافق. فالصحة النفسية حـالة ومجـموعة شروط

والسلوك التوافقي دليل توافرها، لذلك فدراسة الصحة النفسية ما هي إلا دراسة للتوافق. ونظرا لأهمية مفهوم التوافق في فهم الصحة النفسية سنحاول لاحقا تحديدا مع التطرق إلى أهم الإتجاهات التي تناولته.

يعرف" **يونج** " (Yong) نقلا عن **الخالدي (2002Û ţ 47)** التوافق بأنه " المرونة التي يشكل بها الفرد إتجاهاته وسلوكه لمواجهة المواقف الجديدة، بحيث يكون هناك نوع مـن التكامل بين تعبيرا عن طموحه وتوقعات مطالب المجتمع". أما " **Ûرروس**" (Lazarus) نقلا عن **الخالدي (2002Û ţ 47)** يرى أن مفهوم التوافق يشير إلى سلوك الفرد إزاء الضغوط الإجتماعية والشخصية التي تؤثر بدورها على التكوين والتوظيف النفسي له". ويعرفه أيضا بأنه: "مجموعة العلميات النفسية التي تساعد الفرد على التغلب على المتطلبات والضغوط المتعددة ". ويضيف " **Lazarus** " نقلا عن **(الPŠافيÛ ţ 109)** بأن هذا العمليات النفسية تضم مجموعة من الأساليب كالإقبال والإدبار، والرضى والنفور، والمواجهة والهروب، والحيل النفسية وغيرها من أجل التعامل مع الواقع وتفادي المواجهات والتحديات التي تحول بين الفرد وإستمرار علاقته مع البيئة الإجتماعية بشكل يرضي مطالب الطرفين. بينما يعرفه **كارل روجرR** (C.Rogers) نقلا عن **(الPŠافيÛ ţ 109)** بأنه " قدرة الشخص على تقبل الأمور التي يدركها بما في ذلك ذاته، ثم العمل بعد ذلك على تبنيها في تنظيم شخصيته". ويضيف بأن " التوافق يعتمد بشكل أساسي على كيفية إدراك الفرد لذاته، سواء كانت تلك الصورة واقعية وحقيقية أو غير ذلك". مما تقدم يمكن إعتبار التوافق بأنه وسيلة الإنسان لتحقيق غاياته وإشباع دوافعه، من خلال تفاعله المرن مع مطالب الحياة المتغيرة، لذلك يفسر السلوك الإنساني بوصفه توافقات مع مطالب الحياة وضغوطها.

5-1 إتجاهات تناولت مفهوم التواف5

هناك ثلاث إتجاهات أساسية تناولت مفهوم التوافق منها الإتجاه البيولوجي، والنفسي، والإجتماعي. يعرف الإتجاه البيولوجي التوافق بأنه المحافظة على مستوى الإتزان الداخلي للجسم لدى الفرد عن طريق تعلم مجموعة من الطرق والأساليب التي تعمل على خفض حدة القلق وإضطراب الجسم كلما زاد ذلك عن الحد المعلوم. ويأخذ الإتجاه البيولوجي في عملية التوافق مسارين هما، مسار لا شعوري تقوم فيه أجهزة الجسم بالعمل بشكل تلقائي لا دخل للفرد فيه، فمواجهة الفرد للبرد يؤدي إلى حدوث القشعريرة التي تؤدي بدورها إلى قيام الشخص بالبحث عن الدفء أو إرتداء ملابس. كما أن الجسم يقوم بشكل مستقل بزيادة نسبة الأدرينالين في الدم مما يؤدي إلى الإستعداد للمواجهة أو التحدي أو الإنسحاب والهروب. ومسار شعوري يحاول الإنسان من خلاله إعادة التوافق إلى جسمه في حالة المرض عن طريق تناول الأدوية والعقاقير والفيتامنات. كما قد يعمل على إعادة التوافق في حالة التعب عن طريق الحصول على قسط من الراحة، وفي حالة الجوع على تناول الأطعمة، وغير ذلك من العمليات **(الPŠافيÛ ţ 111).**

بينما ينظر الإتجاه النفسي إلى التوافق على أنه القدرة على النظر إلى النفس بشكل واقعي وموضوعي، وتقبل نقاط القوة والضعف على حد سواء والعمل على تنمية قدرات الفرد وإستعداداته إلى أقصى حد يمكن الوصول إليه أو تحقيقه، والتأكيد على خبرات الفرد الوجدانية، ونظرته إلى نفسه، ومفهومه عن مكونات شخصيته. كما يرى هذا الإتجاه بأن ما نسميه بالمرض النفسي ما هو إلا مجموعة من أنماط السلوك غير التوافقي ما بين الفرد ومجموعة من الأشخاص من ذوي العلاقة به، وغالبا ما يكون ذلك السلوك مصحوبا بالشعور بالقلق وعدم الراحة وإنعدام التقبل الإجتماعي، وعادة ما يضطر الفرد إلى السعي من أجل إستعادة إتزانه إلى إتباع مجموعة من الأساليب التوافقية عن طريق التعامل مع الأحداث بشكل مباشر مثل الإنصراف إلى الهوايات، وبشكل غير مباشر من خلال الميكانزمات الدفاعية **(الPšافيÛ ţ 112)**.

في حين ينظر الإتجاه الإجتماعي إلى التوافق من خلال مظاهر السلوك الخارجي للفرد أو الجماعة. ويشير هذا المنظور إلى أن الفرد عادة ما يلجأ إلى الإنقياد للجماعة وإطاعة أوامرها لمقابلة متطلبات الحياة اليومية وتحقيق التوافق. فالإنقياد للجماعة للمحافظة على تماسكها ووحدتها، يعتبر أسلوبا إيجابيا للتوافق، أما الخروج عن معايير الجماعة والإنقياد لبعض جماعات السوء والإضرار بالجماعة يعتبر مظهرا من مظاهر التوافق السلبي **(الPšافيÛ ţ 113)**.

رغم إختلاف هذه الإتجاهات في تفسير مفهوم التوافق، إلا أنها تعبر في الحقيقة على ثلاث مستويات وجوانب للتوافق، منها التوافق الفسيولوجي من خلال المحافظة على الإتزان الداخلي للجسم بإتخاذ أساليب تعمل على حفظ الصحة الجسمية، والتوافق النفسي من خلال تقبل الذات في نقاط ضعفها وقوتها، والنظر إلى الأمور بموضوعية وواقعية مع تأكيد وتحقيق الذات. وأخيرا التوافق الإجتماعي من خلال الإنتماء للجماعة والإنقياد لمعايرها وقيمها وإطاعة أوامرها، وتكوين علاقات إجتماعية مع الآخرين.

2-5 أساليب التوافق

يستخدم الإنسان أساليب متعددة ومتنوعة للتعامل مع المواقف التي يواجهها سواء كانت مواقف تعبر عن التهديد والإحباط، أو كانت تمثل بعض مصادر الضغوط، وتنقسم أساليب التوافق إلى مجموعتين، إحداهما طرائق مباشرة والأخرى غير مباشرة **(العنانيÛ 2000Û ţ 125-136)**.

تضم أساليب التوافق المباشرة طرائق كالمواجهة، وحل المشكل، والإنسحاب، والخضوع، والهجوم، والعدوان والضبط الذاتي. ذلك لأن من طبيعة النفس البشرية أن تتخلص من المشاعر المزعجة والمؤلمة، والطريقة السوية للتخلص من هذه المشاعر تكون في مواجهتها والقضاء على مصدرها مباشرة. وسنتعرض لها لاحقا بنوع من التفصيل.

من سمات الشخصية السوية القدرة على مواجهة الواقع، ويكون ذلك عن طريق حل مشكلاته بشكل موضوعي وبدون الهروب إلى أحلام اليقظة وإضاعة الوقت، فضلا عن قدرتها على تنمية إمكانياتها لتكون قادرة على مواجهة مواقف الحياة المختلفة وعلى حل مشكلاتها. ويقصد بمهارات حل المشكلة تلك النشاطات المقصودة المنظمة التي يقوم بها الفرد بطريقة ملائمة تزيل عقبة تسد الطريق أمام قدراته وتساعدا في الوصول إلى هدف مرغوب فيه، وإن حل المشكلة حل ناجح يتطلب أسلوبا متخصصا للتفكير يقوم على تنظيم الأفكار. ومما يساعد على تنظيم الأفكار الإستعانة بالخبرات الماضية وتحويلها إلى قوى مثمرة لمواجهة مشكلة قائمة، كما أن النجاθ في حل المشكلات يشعر الفرد بالثقة والرضا والتوازن، وهذا المشاعر دليل توافق نفسي وصحة نفسية **(العنانيÛ ţ 126).**

بينما يرى بعض الناس أن أسهل طريقة في مواجهة حالات الضغط والتوتر هي الإنسحاب، ذلك أن الإنسحاب قد لا يتطلب جهدا كبيرا مثلما هو الحال في العدوان والمواجهة. فالفرد في الإنسحاب ما عليه إلا أن يبعد نفسه عن مسرθ الصراع ويحصل على حاجاته بطرائق سهلة، ومن صور الإنسحاب أحلام اليقظة، الإغراق في العمل وإستخدام المنومات والكحوليات. فمن خلال أحلام اليقظة يحصل الفرد على قدر معين من الراحة، وذلك من خلال تخيلاته، وقد يستغرق الفرد في عمل شاق هربا من مشاكله الشخصية والإجتماعية التي تسبب له الإحباطات والقلق، وقد يستخدم فردا آخر العقاقير المنومة، ويشرب الخمور لكي يفقد عقله القدرة على التفكير والتركيز في مشكلة تجلب له التوتر والصراع (**العنانيÛ ţ 127- 128**). إن هذا الطرائق الإنسحابية تشكل خطورة بالغة على الفرد بسبب أنه ينسحب من ميدان المشكلة ويتناساها فتبقى قائمة دون حل، بل تزداد تعقيدا ويصعب عليه حلها بعد ذلك. ويكمن ضرر الإنسحاب أيضا في أنه من الممكن أن يصبح أسلوب الفرد في مواجهة أي مشكلة مما يجعله سلبيا خاضعا ومنعزلا وإن ميل الفرد للإنسجاب يعود لأساليب التنشئة الإجتماعية (**العنانيÛ ţ 127- 128**).

وكثيرا ما يستخدم الفرد أيضا أسلوب الضبط الذاتي لتحقيق التوافق الحسن، فيمتنع عن ممارسة سلوك في لحظة ما حتى يبعد الضرر على صحته الجسمية والنفسية. ويرتبط الضبط الذاتي بقوة الضمير أو الأنا الأعلى، و يعد إستجابة نشطة من جانب الفرد تمكنه من التحكم في الموقف وضبط المثير. ويعتمد الضبط الذاتي في مراقبة الذات من خلال ملاحظة الأفكار والمشاعر والتصرفات المطلوبة ووضعها تحت الضبط، أو من خلال ضبط المثيرات وترتيب سوابق السلوك من أجل خفض إحتمال السلوك موضوع الضبط أو زيادته (**العنانيÛ ţ 128**).

بينما تشمل أساليب التوافق غير المباشرة مجموعة من العمليات النفسية اللاشعورية أي ميكانزمات الدفاع، وهي عبارة عن خليط من الحيل النفسية التي يخدع الفرد بها نفسه عندما يواجه التهديد أو يشعر بالأخطار الخارجية. فالإنسان عندما يمر بحادثة مؤلمة، فإنه قد يلجأ إلى إستخدام أساليب دفاعية ملتوية ليتجنب الألم ويحمي ذاته، وتعبر كل حيلة نفسية عن النشاط العقلي المستخدم للتغلب على مصدر التهديد أو الخطر بطريقة معينة، وتؤدي جميع هذه الحيل عادة إلى تخفيض حدة الشعور بالتهديد أو الإحباط مؤقتا. من هذه الأساليب نميز الكبت، والتقمص، والتبرير، والنكوص، والإسقاط، والإنكار، والإعلاء والكف، ويستخدم الأنا هذه الأساليب للتخلص من الضغوط الواقعة عليه (**العنانيÛ ţ 127 - 128**). وفي هذا السياق، يشير"**Maconnel**" نقلا عن **(الدPšافيÛ ţ 133 - 134)** إلى وجود ثلاث مظاهر مشتركة بين جميع وسائل الدفاع النفسية وتتمثل في أنها تتجه جميعا إلى تخفيض حدة القلق، وتتضمن جميعا أفكار الحقيقة أو محاولة تشويشها، كما أنها تنبع جميعا من اللاشعور مما يجعل الأنا غير واعية لما يحدث منها.

يتضح مما تقدم أن الفرد لا يقف سلبي وخاضع أمام ما يواجهه من صعوبات وضغوط وإحباطات، بل يجند مجموعة من الأساليب التوافقية للمواجهة، وقد تكون مباشرة أو غير مباشرة. وإن تنوع مثل هذه الأساليب وثرائها أو فقرها ترجع إلى الدخيرة السلوكية للفرد التي تكتسب من التعلم والتنشئة الإجتماعية. وإن فشلت أساليب الفرد التوافقية في مواجهة المواقف الضاغطة، قد تجعله عرضة للعديد من المشكلات الصحية، أما نجاعتها فهي تعمل على حفاظ صحته الجسدية والنفسية.

6- مشكلات الصحة النفسية

إتسم هذا العصر بمجموعة من الظواهر الضاغطة التي أثارت القلق والتوتر لدى الفرد، ولم يقتصر هذا الأثر على ذات الفرد بل إمتد إلى خارجه حيث إضطربت العلاقة بينه وبين الوسط الذي يحيط به ويتعامل معه، وقد إستوجب هذا الموقف تحديد هذه الظواهر للتعرف عليها حتى يمكن وضع الشروط اللازمة لكي يتم التوافق بين الفرد ونفسه من جهة، وبينه وبين العالم الخارجي من جهة أخرى لإعادة التوازن أو الصحة النفسية له. وقد تفشل أساليب الفرد التوافقية وحيله الدفاعية في مواجهة المواقف الضاغطة على الفرد، وهذا الفشل من شأنه أن يعرض الفرد إلى أنواع مختلفة من المشكلات والإضطرابات الصحية **(عويضةÛ ţ 107)**.

تعني إضطرابات الصحة النفسية إنحراف السلوك عن المستوى العادي مما يجعله غير سوي في إطار المجتمع الذي يعيش فيه الفرد. عموما، يصنف كتاب التشخيص الأمركي **(DSM)** السلوك غير السوي إلى ستة فئات رئيسية وهي النقص العقلي، والإضطرابات العقلية عضوية المنشأ، والإضطربات الذهانية التي لا ترجع إلى أسباب عضوية، والإضطرابات العصابية، والإضطرابات الشخصية والإضطرابات النفسجسدية **(الكافي، ص 134)**. وسنتناول فيما يلي مختلف هذه الإضطرابات بشئ من التفصيل، مع إظهار المؤشرات العامة للإضطراب ومظاهرها.

فالنقص العقلي هو حالة يقل فيها الذكاء عن المتوسط الطبيعي العام، تتميز بنقص القدرات العقلية مما يؤثر على عمليات التعلم والتوافق الإجتماعي وعلى تطور النضج. وتشير الإضطرابات العقلية عضوية المنشأ إلى إضطرابات ترجع إلى أسباب عضوية أهمها إضطراب وظائف المخ بسبب الآفات التي تصيب الأنسجة العصبية بسبب بعض الأمراض كأورام المخ والحمى التي تصيب الأطفال أو التعرض للحوادث وبالخصوص في منطقة الرأس، والتسمم الحاد أو بسبب الإضطربات التكوينية، ومن هذه الإضطرابات الهذيان، الخبل والذهان **(الكافي، ص 143)**. أما الإضطرابات الذهانية الوظيفية فإن أهم مـا يميزها فقد البصيرة وتفكك الشخصية نتيجة الخلل العقلي الشديد، بما يجعل المصاب غير واع لما يعاني منه، مما يجعله خطرا على نفسه وعلى من يحيطون به، أهم هذه الإضطرابات الفصام، والبرانويا والذهان الهوسي الإكتئابي **(جلال، 1986، ص 152)**.

بينما يعرف العصاب بأنه إضطراب في السلوك يظهر لدى االشخص فيؤذيه ويجرح صحته النفسية وكفايته الإنتاجية وفائدته في المحيط الذي يعيش فيه من غير أن يجعله عاجزا عن الإنتاج أو عدوا للمجتمع **(جلال، ص 153)**. وتشترك العصابات في أعراض أهمها القلق والتوتر والإكتئاب، والآلام الجسمية، والخوف والأفكار والأفعال القهرية. وتكون هذه الأعراض مستمرة وحادة ومزمنة لدى العصابي **(الرفاعي، 1987، ص 267)**. ويعتبر البعض العصاب أسلوب تكيفي منحرف إلتجأ إليه فرد ما أمام ضغط ووجد فيه بعض الفائدة وتكرر لديه. وأهم الإضطرابات العصابية القلق، والهيستيريا، والمخاوف المرضية، والوسواس، الإكتئاب والعصاب الصدمي **(العناني، ص 148)**.

في حين تتجلى مظاهر إضطرابات الشخصية في شكل عدم قدرة الفرد على التوافق وسوء علاقاته مع الآخرين، وشعورها بالقلق، وتكرار نفس الأسلوب السلوكي المنحرف الذي لم يؤدي إلى نتيجة من قبل وذلك مـن أجل التغلب على مشاكله **(الكافي، ص 176)**. ويذهب الكثير إلى أن السلوك المنحرف يرجع إلى فشل عملية التنشئة الإجتماعية التي لم تساعـد الطفل في أن يكتسب القيم الخـاصة بالمجتمع، والتي

تكون لديه ما يسمى بالضمير والأنا الأعلى. ومن أهم هذا الاضطرابات نميز الشخصية غير الإجتماعية، جناθ الأحداث والإدمان **(عويضةÛ ţ 116).**

وتشير الإضطرابات النفسجسدية إلى مجموعة من الأمراض التي تنتج من أسباب نفسية، بينما تتخذ أعراضها شكلا جسديا، من تلك الأسباب التعرض للقلق، والصراع، والفشل، والإحباط، والحرمان، والنبذ، والأزمات، والمشكلات والضغوط النفسية **(العيسويÛ 2001Û ţ 17).** كما تصيب هذا الإضطرابات الأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي، وهي تصيب أحد أجهزة الجسم نتيجة ضغوط نفسية متراكمة وتترك آثارا فسيولوجية. وأجهزة الجسم التي تظهر فيها هذا الإضطرابات منها الجهاز الهضمي، الأوعية الدموية والقلب، الجهاز التنفسي، والجلدي والبولي والتناسلي، محدثة بذلك أمراض الحساسية والربو، وإرتفاع ضغط الدم، والطفح الجلدي، وقرحة المعدة ومرض السكري...الخ. **(عويضةÛ ţ 14- 16).**

من خلال ما تقدم يتضح مدى تعدد مشكلات الصحة النفسية وأنها ليست وقف على نوع واحد، فهي تختلف من حيث مظاهرها العيادية، وشدتها وخطورتها وعواملها السببية. كما أنها قد تمس القدرات العقلية، أو الجوانب النفسية، أو النفسية الإجتماعية أو جوانب نفسجسدية.

7- بعض التناولات النظرية المفسرة للصحة النفسية

تعددت التناولات النظرية التي إهتمت بتقديم تفسير لمفهوم الصحة النفسية ومظاهرها الأساسية، أهمها المدرسة التحليلية، والسلوكية، والإنسانية والمعرفية. فيما يلي أهم مقومات هذا النظريات النفسية.

7-1 المدرسة التحليلية

وسيتم عرض وجهات نظر كل من " **Freud** "، و" **Adler** " و" **Erikson** " و" **Horney** " في الصحة النفسية. يرى " **فرويد** " أن الفرد الذي يستطيع أن يحقق الصحة النفسية لذاته هو ذلك الشخص القادر على منح الحب والعمل المنتج عموما. وتتمثل الصحة النفسية في القدرة على مواجهة الدوافع البيولوجية والغريزية والسيطرة عليها في ضوء متطلبات الواقع الإجتماعي، كما تتمثل في قدرة الأنا على التوفيق بين مطالب الهو والأنا الأعلى. ويضيف بأن الإنسان لا يستطيع أن يصل إلا إلى تحقيق جزئي لصحته النفسية لأنه في صراع دائم بين محتويات الهو ومطالب الواقع. كما أكد أيضا على أهمية دور العوامل الإجتماعية في تحقيق الصحة النفسية، وأوضح أن الإنسان خير وأن المجتمع غير التسلطي يعمل على بناء شخصية منتجة قادرة على الحب وعلى توظيف إمكانياتها، وتحقيق الحق والعدل **(العنانيÛ ţ 14).**

ولخص " **فرويد**" الصحة النفسية من منظور وظيفي في ثلاثية تتضمن الإنجاز، والإنجاب والترويح. يأتي الإنجاز كتعبير عن توظيف الطاقات والإمكانات في ممارسة حياتية بناءة، ويليها الإنجاب الذي يستند إلى القدرة على الحب والإرتباط الزوجي والعاطفي والوصول إلى النضج النفسي الضروري للقيام بالأدوار الزوجية والوالدية، ويكملها القدرة على الترويح والإستمتاع بمباهج الحياة وتجديد الطاقات الحيوية **(حجازي، ص 41).**

بينما يرى "**Adler**" نقلا عن**(العناني، ص 15)** أن الإنسان يستطيع أن يتغلب على الشعور بالنقص ويحقق الصحة النفسية عن طريق الميل الإجتماعي والعيش مع الآخرين، والتنشئة الإجتماعية الصحيحة، ووضع أهداف محددة والعمل على تحقيقها بالشكل الذي يسهم في تكوين شخصية متماسكة قادرة على مواجهة الصعوبات**.** أما "**Erikson**" نقلا عن**(العناني، ص 15)** مؤسس النظرية النفسية الإجتماعية في النمو، يرى أن الصحة النفسية تتمثل في قدرة الفرد على مواجهة مشكلات مرحلة النمو التي يمر بها بنجاح، كما أوضح أن صحة الفرد النفسية في مرحلة عمرية معينة تساعد الفرد في تحقيق التكيف النفسي في المراحل العمرية التالية.

7-2 المدرسة الإنسانية

تبدو الصحة النفسية عند المفكرين الإنسانيين في مدى تحقيق الفرد لإنسانيته تحقيقا كاملا، ويختلف الأفراد فيما يصلون إليه من مستويات من حيث الإنسانية الكاملة، وهكذا يختلفون في مستويات صحتهم النفسية. ومن رواد هذا المدرسة نجد "**أبراهام ماسلوا**" و"**كارل روجرز**"، فيما يلي وجهة نظر كل منهما في هذا المجال.

يرى " **ماسلو**" نقلا عن **(العناني، ص 16)** أن للإنسان حاجات متنوعة، وإن هذا الحاجات تتنوع بصورة هرمية منها ذات المستوى الأدنى والأخرى ذات المستوى الأعلى، يضم المستوى الأول الحاجات الفسيولوجية والحاجة إلى الأمن والسلامة، فإشباع الحاجات الجسمية تشعر الفرد بالأمان، وعندها سيحاول إشباع المستوى الأعلى من الحاجات التي يطلق عليها الحاجات الإجتماعية منها الحاجة إلى الصداقة والعطف والحنان، والتحصيل وتحقيق الذات الذي يعد الغاية العظمى في هرم "**ماسلو**". وتتحقق الصحة النفسية عندما يتمكن الفرد من إشباع هذا الحاجات بطريقة سوية ويحقق إنسانيته الكاملة**.** كما قدم "**ماسلو**" نقلا عن **(حجازي، ص 48)** قائمة طويلة من خصائص الإنسان الذي يحقق أقصى حالات الذات وهي:

- الإدراك الفعال للواقع والتعامل الإيجابي معه، ومجابهة صعوباته بدلا من الإنسحاب في الأوهام والأحلام.

- درجة عالية من تقبل الذات والآخرين.
- القدرة على إقامة علاقات حميمية.
- القدرة على المرΘ والدعابة والإستمتاع بمباهج الحياة.
- القدرة على مقاومة الضغوط الإجتماعية.
- الأصالة والإبتكار في العمل والمواقف.

بينما يرى "**روجرR**" نقلا عن **(العنانيÛ ţ 17)** واضع نظرية الذات في علم النفس، أن كل فرد قادر على إدراك ذاته وتكوين مفهوم أو فكرة عنها. وينمو مفهوم الذات نتيجة التفاعل الإجتماعي جنبا إلى جنب مع الدافع الداخلي لتحقيق الذات، ولكي يحقق الإنسان ذاته لابد أن يكون مفهومه عنها موجبا وحقيقيا. فالإنسان المتمتع بالصحة النفسية هو الشخص القادر على تكوين مفهوم إيجابي عن نفسه، والذي يتفق سلوكه مع المعايير الإجتماعية ومع مفهومه عن ذاته.

7-3 المدرسة السلوكية

ترى هذه المدرسة أن السلوك متعلم من البيئة، وأن عملية التعلم تحدث نتيجة لوجود الدافع والمثير والإستجابة، بمعنى إذا وجد الدافع والمثير حدثت الإستجابة (السلوك). ولكي يقوي الربط بين المثير والإستجابة لابد من التعزيز، أما إذا تكررت هذه الأخيرة دون تعزيز كان ذلك عاملا على إضعاف الرابطة بينها وبين المثير أي إضعاف التعلم. وتقرر هذه المدرسة أن الناس يقومون بسلوك سوي معين لأنهم تعلموا أن يتصرفوا بهذا الشكل نتيجة التعزيز. لذلك فإن مفهوم الصحة النفسية عند السلوكيين يتحدد بإستجابات مناسبة للمثيرات المختلفة، حيث تكون هذه الإستجابات بعيدة عن القلق والتوتر. ويتلخص مفهوم الصحة النفسية وفقا لهذا المنظور في القدرة على إكتساب عادات تتناسب مع البيئة التي يعيţ فيها الفرد ومتطلباتها **(العنانيÛ ţ 18).**

7- 4 المدرسة المعرفية

تتضمن الصحة النفسية من وجهة نظر أصحاب هذه المدرسة القدرة على تفسير الخبرات بطريقة منطقية تمكن الفرد من المحافظة على الأمل وإستخدام مهارات معرفية مناسبة لمواجهة الأزمات وحل المشكلات. وعليه، فالشخص المتمتع بالصحة النفسية فرد قادر على إستخدام إستراتيجيات معرفية مناسبة للتخاص من الضغوط النفسية ويحيا على فسحة من الأمل ولا يسمح لليأس بالتسلل إلى نفسه **(العنانيÛ ţ 19).** فالإنسان يقع صريع المعاناة والإضطراب نتيجة لخلل في نظام المعتقدات، أما الشخص المعافى فهو ذلك الذي يتمتع بنظام معتقدات واقعي في النظرة إلى الذات والآخرين والدنيا، وينتج

عن هكذا نظام واقعي عقلاني سيادة التفكير الإيجابي في المواقف الحياتية، كما في الموقف من الذات **(حجازي، ص 43)**.

رغم إختلاف المدارس التي إهتمت بتقديم مفهوما للصحة النفسية، إلا أنه يمكن إيجاز أهم مظاهرها فيما يلي :

- التوفيق بين الدوافع البيولوجية ومتطلبات الواقع الإجتماعي.
- القدرة على الحب والعمل المنتج.
- التغلب على الشعور بالنقص والعيش مع الأخرين.
- مواجهة مشكلات مختلف مراحل النمو.
- إدراك الذات وتحقيقها.
- تعلم الإستجابات المناسبة للمثيرات وتعزيزها.
- إكتساب عادات تتلاءم مع البيئة الإجتماعية.
- تحقيق الفرد لإنسانيته وتكوين مفهوم إيجابي عن الذات.
- إكتساب الفرد للنظرة الموضوعية والمنطقية لتفسير ومعالجة والتخلص من مختلف الضغوط الحياتية.
- إستخدام إستيراتيجيات معرفية ومهارات مناسبة ومنطقية.
- سيادة التفكير الإيجابي تجاه الذات والمواقف الحياتية.

يتضح مما تقدم أن الصحة النفسية تتحقق بتحقيق التوافق البيولوجي، والنفسي، والإجتماعي والمعرفي، والتوافق مع متطلبات البيئة الخارجية.

8 - ملامح الصحة في العالم

يقدر معدل الحياة المسجل عالميا على المجتمع العام حسب **منظمة الصحة العالمية (O.M.S)** لسنة 1997 بـ 66 سنة، ويمكن حسب تقدير المختصين لهذه المنظمة أن يصل المعدل إلى 73 سنة عام 2025، بينما كان معدل الحياة لا يتجاوز 48 سنة عام 1955. ويرجع تفسير ذلك إلى إزدياد عدد الأفراد الذين يطلبون العناية والعلاج لحالتهم الصحية مع وفرة المياه الصالحة للشرب. رغم ذلك، ما تزال المشكلات الصحية مستمرة بالنسبة لـ 5.8 مليون شخص في العالم، وتسجل سنويا أكثر من 20 مليون شخص تتوفاهم المنية قبل سن 50 سنة. كما يرى المختصون بأن المشكلات الصحية المطروحة تختلف بإختلاف المراحل العمرية للفرد من الطفولة، والمراهقة، والرشد والشيخوخة. وسيتم فيما يلي عرض أهم هذه المشكلات وفقا لمراحل العمر حسب تقدير منظمة الصحة العالمية.

سجلت تطورات معتبرة تم إنجازها في فئة الرضع والأطفال، حيث تقدر حاليا نسبة الأطفال اللذين يبلغون سن أقل من عام من أطفال العالم، واللذين لقحوا ضد أكبر أمراض الطفولة (الحصبة، وشلل الأطفال، والسل، والخناق، والكزاز والسعال الديكي) بـ 80%. رغم ذلك، سجلت سنة 1995 حوالي 11 مليون طفل قبل سن الخامسة فقدوا الحياة، ونسبة 97 % منهم ينتمون لبلدان في طريق النمو. أما الخطر الجديد الذي يصيب الأطفال حاليا يرجع أساسا إلى مرض السيدا الذي يصيب 590.000 طفل أقل من 15 سنة عام 1997، وهذا الإصابة تزيد من نسبة وفايات الأطفال بالأخص في بعض البلدان الإفريقية. ضف إلى ذلك، ظهرت العديد من المشكلات الأخرى التي إرتبطت بالتغيرات الإقتصادية والإجتماعية نتيجة لزيادة التحضر والتمدن منها الإعتداءات الجنسية، والصدمات الحياتية وسوء المعاملة الوالدية **(Larousse, 1999, P255)**.

أما مرحلة المراهقة فتعتبر موضوع إهتمام الصحة العامة في الوقت الحاضر، لأن في هذا المرحلة تظهر سلوكات قد تكون مضرة ومهددة للصحة منها التدخين، وعلاقات جنسية غير محمية ومحاولات إنتحار. ضف إلى ذلك، سجلت سنة 1995 حوالي 17 مليون حالة حمل للشريحة العمرية بين 15 و19 سنة مما يهدد الحالة الصحية والجنسية لدى هذا الفتيات الشابات وأولادهم.

بينما سجلت في مرحلة الرشد بين 2 إلى 3 ملايين حالة وفاة سنويا بسبب الإصابة بمرض السل، و1.8 مليون راشد بسبب السيدا عام 1997. كما سجلت 585.000 حالة وفاة كل سنة بسبب الحمل أو أثناء الولادة. وحسب تقدير منظمة الصحة العالمية فإن أسباب الأمراض وأنواعها تختلف وفق مستوى نمو الدول، فأمراض الجهاز الدوراني، والسرطان ومرض السكري أكثر تواترا من أمراض العدوى المرضية في البلدان الصناعية، أما البلدان فـي طريق النمو فإن الأمراض الأكثر إنتشارا هي أمراض العدوى المرضية والطفيلية والسيدا. وحسب تقديرات نفس المنظمة فإنه يمكن لمرض السكري أن يصيب 30 مليون شخص راشد في العالم سنة 2025، حيث سجلت سنة 1997 حوالي 143 مليون حالة. أما خطر الإصابة بالسرطان فهو في إرتفاع في البلدان النامية وفي حالة إستقرار في البلدان الصناعية.

يظهر أن لمرحلة الشيخوخة إنعكاسات طبية وإجتماعية على مستوى المجتمع العام، وحسب تقدير منظمة الصحة فإن السبب الرئيسي للوفاة أو العجز لدى المسنين من الفئة العمرية 65 سنة فأكثر يتمثل في الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية **(Larousse, 1999, P256)**.

9- ملمح الصحة في الجزائر

حسب تقدير مديرية التخطيط لوزارة الصحة العمومية سنة 1992، أظهرت أن مجال الصحة يتطلب من الدولة 2.75 مليار دينار أي نسبة 8.6 % من النفقات الوطنية الموجهة للصحة. وتمثل الأدوية الطبية أكثر من 50 % من المصاريف الوطنية الموجهة للصحة، فالجزائر تستورد حوالي 90% من إستهلاكها للأدوية. أما فيما يخص دوافع طلب التحويل للعلاج في الخارج، فقد قدرت نسبة 80 % من الحالات سنة 1994 بسبب الأمراض التالية حسب ترتيبها وهي الجراحة القلبية-الوعائية، والسرطان، ومرض الكلى، وأمراض العيون وأمراض تجبير الأعضاء. كما أظهرالملمح الإبدميولوجي أن الأسباب الرئيسية للوفاة ولدوافع التحويل للعلاج للخارج في الجزائر ترتبط أساسا بحوادث المرور، ومرض السرطان ، والجراحة القلبية، وأمراض العيون والكلى. أما فيما يخص ملمح الصحة العقلية لم يتم تقديرها بصفة واضحة **(Khiati, 1995, P9-12)**. وسيتم فيما يلي عرض ملمح عام لبعض هذه الأمراض حسب بعض الدراسات الإبدميولوجية في الجزائر.

في مجال الجراحة القلبية- الوعائية تسجل سنويا حوالي 3000 حالة، وبلغت عدد التدخلات العلاجية 1012 حالة عام 1988، و800 حالة عام 1989 و600 حالة عام 1990. وتمثل الأمراض القلبية الروماتيزمية نصف حالات الإستشفاء في مصالح أمراض القلب والدوافع الأساسية للتحويل للخارج للجراحة. كما يعتبر السرطان من الأسباب الثانية للوفاة، حيث تسجل سنويا 12000 حالة جديدة ويمثل أيضا من دوافع التحويل للخارج للعلاج (**Khiati, 1995, P63-132**).

كما يطرح الربو مشكل صحي في الجزائر، حيث لوحظ إرتفاع في نسبة إنتشاره خلال العشرين سنة الأخيرة، حيث قدرت نسبة الإنتشار بين 2.5 إلى 4 % لدى الراشدين وبين 5 و10 % لدى الأطفال. فالربو في الجزائر يمس 500.000 راشد و100.000 طفل. كما أن عدد الوفيات بسببه في إرتفاع ملحوظ في كل الشرائح العمرية، كما تضاعفت خلال 10 سنوات الأخيرة نسبة الإستشفاء بسبب الربو. ويمثل الربو حاليا المرض المزمن الأكثر تواترا، وهو في تزايد مستمر في الجزائر **(Nafti .1998, P10-13).**

وفي مجال السيدا سجلت أول حالة في الجزائر سنة 1986 بالجزائر الوسطى، ثم إرتفع العدد إلى 204 حالة جديدة عام 1994 لتصل عدد الحالات إلى 501 حالة سنة 2001. كما أظهرت إحصائيات عام 2001 المميزات التالية للحالات، فحسب السن فإن الشريحة العمرية الأكثر تعرضا تتراوح بين 20-49 سنة (الراشد الشاب) وغالبيتهم من الذكور ذوي نشاط جنسي. ويعتبر عامل الجنس مسؤول عن

حوالي 1.32 % من الحالات، بينما تعزى الحالات الأخرى للعدوى في الخارج، والجنسية المثلية والإدمان على المخدرات (**Belaid & Zidouni, 2001, P10-13).**

أما فيما يخص طب الأطفال فإن نسبة وفيات الأطفال قبل سن عام بلغت 57 % سنة 1993، ويرجع ذلك لأسباب كالإسهال وسوء التغذية، ويمثل العامل الأول سبب رئيسي لوفيات الأطفال ومسؤول عن 20.000 حالة إستشفاء سنويا مع زيادة تقدر بـ 26 % نظرا لفقر الرضاعة الصدرية (رضاعة إصطناعية)، أما سوء التغذية فهو العامل الأكثر تواترا لدى الأطفال أقل من 10 سنوات، ثم تأتي الأمراض التنفسية الحادة وهي من بين أسباب المرض والوفاة لدى الأطفال أقل من 5 سنوات **(Khiati, P103)**. أما عن تواتر أعراض الربو وأمراض الحساسية، سجل في تحقيق بالعاصمة سنة 1994 على عينة قدرها 1189 طفل متمدرس نسبة 6.4 % من الحالات تعاني من أعراض ربوية غالبيتها من الذكور **(Bezzaouch et al, 2000)**.

أما فيما يخص ملمح الصحة النفسية فقد سجلت بعض التحقيقات الوبائية مجموعة من المظاهر والخصائص الإبدميولوجية التي ميزت بعض المشكلات الصحية في الجزائر، وسيتم لاحق التطرق لبعضها بمزيد من التفصيل.

تعتبر ظاهرة الإدمان على المخدرات ظاهرة عالمية وهي في إنتشار سريع في الجزائر، والشريحة العمرية الأكثر تعرضا هي فئة الشباب المتمدرس وغير المتدرس، حتى على مستوى الحجز الجمركي أصبحت الظاهرة يومية ومألوفة مما جعل المختصين يتحدثون عن الجزائر كمنطقة عبور لتهريب عالمي، وبالنظر للأرقام المتوفرة يمكن التأكيد على أن إدمان وتجارة المخدرات بلغت درجة كبيرة من الخطورة **(Khiati.p182).** وفيما يخص تحقيقات الدرك والأمن الوطني حول كميات القنب المحجوزة سنويا سجلت سنة 2000 كمية تقدر بـ 6.26 طن، وفي سنة 2001 بلغت الكمية 4.82 طن، أما سنة 2002 قدرت الكمية المحجوزة بـ 6.11 طن. أما عن عدد الأشخاص المتورطين في قضايا المخدرات بلغ عددهم 11696 متورط سنة 2000 غالبيتهم دون مهنة والبعض الآخر من العمال والمستخدمون والطلبة، بينما بلغ عددهم سنة 2001 بـ 10136 متورط غالبيتهم بطالين. أما الشريحة العمرية الغالبة في قضايا المخدرات التي عرضت على المحاكم سنة 2001، بلغت 4502 متورط من سن يتراوح بين 19 و25 سنة، و3610 متورط للشريحة العمرية بين 26 و35 سنة فهي بذلك تمس فئة الشباب **(الديوان الوطني لمكافحة المخدرات، 2003، ص 23 -25).**

وفيما يتعلق بالإدمان على المخدرات أجريت عدة تحقيقات لتقدير إنتشارها، ففي تحقيق أجري في وسط مدرسي من طرف "**T.Sandane** " سنة1991، وجد نسبة 20 % من التلاميذ يتعاطون المخدرات داخل المؤسسات التربوية، وقدرت نسبة 47 % يدمنون خارج الثانويات، ونسبة 30 % منهم يدخنون الحشيش و30 % تستعمل الأقراص، في حين أظهرت الدراسة التي قام به "**Achoui** " عام 1995 نسبة 14 % من حالات الإدمان في ثانويات العاصمة منهم عدد من الفتيات، والمواد الأكثر إستعمالا الحشيش ، والأفيون، الأقراص والكوكاين **(نقلا عن Khiati, P138).** كما أظهر التحقيق الذي قام به "**Hammouda**" **(2001)** بمصلحة نزع التسمم بوهران وجود 173 حالة إدمان على المخدرات خلال فترة ممتدة من 1998 إلى 2001، صنفوا من حيث الجنس إلى 164 ذكور و9 إناث، ونسبة 50.8 % منهم من الفئة العمرية بين 20 و40 سنة غالبيتهم عزاب، ونسبة 35 % من الحالات تستعمل الكيف (KIF) و27 % مواد متعددة. كما وجد لدى 51 من الحالات يستهلك أفراد عائلتهم المخدرات (الأب والأم). ونسبة 58 % من الحالات يحتل المدمن المرتبة الأولى بين الإخوة (الأكبر). أما من حيث التشخيص النفسي للحالات وجد 67 حالة عصاب، و18 حالة ذهان، و53 حالة إكتئاب و35 إضطراب في الشخصية. أما إحصائيات المركز الوسيط لمعالجة الإدمان بوخضرة عنابة سجلت 858 حالة إدمان على المخدرات خلال فترة ممتدة من جويلية 1999 إلى فيفرى 2004.

وعليه، تطرح ظاهرة الإدمان على المخدرات في الجزائر مشكلا صحيا ثقيلا لما لها من إنعكاسات كإرتفاع نسبة الإنحراف، والدعارة، واللصوصية وظهور سوق محلي لتجارة غير مشروعة للمخدرات وتهريبها. كما أن الشريحة الأكثر عرضة للخطر هي فئة الشباب، أما الأمراض المصاحبة لهذه الآفة خطيرة جدا كالسيدا، والحوادث، والأمراض العقلية والإنتحار. ومن أهم أسباب الظاهرة في الجزائر تتمثل في النمو الديمغرافي، وإنفجار الخلية العائلية (طلاق أو إنفصال الوالدين)، وتخلي الوالدين عن مسؤولياتهم، والرسوب والطرد المبكر من المدرسة، وإمكانية الحصول على المخدرات في السوق وسهولة إقتنائها مع غياب الصرامة، والأزمة المتعددة الأبعاد وفقدان المعايير التي يعيشها البلاد **(Soal, 2001, P20-21**).

أما في مجال الإنتحار ومحاولات الإنتحار فقد أشارت العديد من الجرائد إلى إنتحار أرباب العائلات نتيجة للفصل عن العمل أو البطالة، أو المشاكل الإجتماعية-الإقتصادية والظروف العائلية. ورغم غياب إحصائيات جزائرية حول هذه الظاهرة إلا أن تواترها في الجزائر تم إظهاره من طرف العديد من الباحثين منهم " **Kacha** " و" **Mehdi** "، و" **Mebtouche** " و" **Benkhelfat** "، ويرجع ذلك لعدة أسباب كالتحضر السريع والكثيف، وإنخفاض القيم الإجتماعية والتعارضات في المكانة الإجتماعية للمرأة .

وفي هذا السياق، سجلت الإحصائيات الإبدميولوجية نسبة إنتحار تقدر بـ 2 لـ 100.000 ساكن، وهي أكثر إنتشارا لدى الذكور مقارنة بالإناث، ذلك لأن هذا الفئة أكثر إستعمالا للوسائل الإنتحارية العنيفة كالشنق وشق الوريد. عموما فإن المواد الأكثر إستعمالا في الإنتحار تتمثل في تناول العقاقير النفسية، والقذف من النوافذ في الوسط المدني، والشنق والتسمم بمواد مثل الغاز ومواد التنظيف في الأوساط الريفية. بينما تقدر النسب المئوية لمحاولات الإنتحار حسب "**Bensmail**" وآخرون نقلا عن **(Kacha, 2001, p6-10)** بـ 34.1 % لـ 100.000 ساكن، وهي أكثر تواترا من الإنتحار (15 مرة أكثر) وتمس أكثر شريحة المراهقين (76 % من الحالات) نظرا لإندفاعية المراهق وتراكم الصعوبات العائلية والإجتماعية وما ينتج عنها من يأس وإحباطات. وتنتشر محاولات الإنتحار لدى الإناث أكثر من الذكور (4/3 من الحالات إناث)، أما الوسائل المستعملة فهي تناول العقاقير النفسية ومواد التنظيف كماء جافيل وروθ الملح. ويظهر أن شهر رمضان هي الفترة التي سجلت فيها نسب منخفضة لمحاولات الإنتحار نظرا لإرتفاع الروابط العائلية والإجتماعية. وقد أشار "**kacha**" أن 6 % من الحالات إنتكاسية أي معاودة محاولة الإنتحار.

كما إهتمت بعض الدراسات بالصدمات النفسية التي تعرف بأنها مجموع المواقف أو الأحداث الضاغطة طويلة أو قصيرة المدى مهددة أو فاجعة ومذهلة تحدث أعراض أذى وضيق نفسي. وتتنوع هذا الأحداث الصدمية كالإعتداءات الفردية، والزلازل، والحروب والإرهاب. ويبقى الطابع المشترك لهذا الأحداث هو ظهورها المفاجئ مع عدم قدرة الفرد وعجزا في التحكم في الوضعية، وتترك هذا الصدمات أثارا نفسية يمكن أن تتطور إلى إستجابات أو إضطرابات نفسية مهما كان سن المصدوم. وفي هذا المجال أجري في الجزائر تحقيق على مستوى مركز التكفل النفسي لضحايا العنف بالإشتراك مع وزارة الصحة، حيث تم إحصاء نسبة الحالات على مستوى الإستشارة السيكولوجية، فأسفرت النتائج وفقا للشريحة العمرية نسبة 92.4 % من الأطفال، ونسبة 87.3 % من المراهقين ونسبة87.3 % من فئة الراشدين. وتعزى أسباب هذا الصدمات إلى عدة عوامل منها الإرهاب بنسبة 88.3 % من الحالات، وسوء المعاملة بنسبة تبلغ 87.3 %، والعنف الزوجي بنسبة 58.6 %، وهتك الأعراض والتحرş الجنسي مع الأطفال والراشدين بنسبة 51.8% من الحالات، وحوادث المرور بنسبة 7.4%، ونسبة 11 % من الحالات ترجع لكوارث طبيعية مثل الزلازل، وإنهيار البنيان والفياضنات ونسبة تقدر بـ 5.5 % ترجع لحالات الحداد والوفاة. ويبقى الأطفال الفئة الأكثر تضررا نتيجة التعرض لهذا الصدمات بسبب هشاشتهم وقابليتهم للتأثر **(Belarouci, 2001, P58)**.

وفي مجال الإضطرابات النفسية والعقلية أجريت بعض الدراسات والتحقيقات لحصر ملمح الصحة النفسية ومدى تواتر هذا الإضطرابات على مستوى المصحات العقلية ومصالح الإستعجال السيكاتري لبعض المستشفيات، منها التحقيقات والدراسات التالية:

أجري تحقيق من طرف "**Kacha**" **(201- 1998, P199)** بالمركز النفسي الإجتماعي بالشراقة (الجزائرالعاصمة) على مستوى مصلحة الإستعجالات السيكاترية، فأظهر أن أكثر الجداول الإكلينكية تواترا هي حالات القلق ويتعلق الأمر بنوبات القلق وهجمات الهلع، والإضطرابات الكبرى للمزاج كالإكتئاب الشديد وما يصاحبه من خطر إنتحاري ومحاولات إنتحار أوحالات الهوس الإكتئابي، والحالات الهذيانية، وحالات الهياج والعدوان مثل حالات البرانويا، وأخيرا الحالات الخاطية وما يصاحبها من إضطرابات للوعي.

كما أجريت دراسة من طرف "**Belaid**" **(2001, P20)** بالمركز النفسي الإجتماعي بالشراقة عام 1995، أسفرت أن الإكتئاب من التظاهرات السيكاترية الأكثر تواترا لدى الأشخاص المسنين. وحسب تصريحات المديرية العامة للأمن الوطني حول الإنتحار خلال العشرية الأخيرة وجدت نسبة 1.8 % من الحالات من فئة المسنين الذين تبلغ أعمارهم أكثر من 80 سنة، وترجع هذا الأعراض الإكتئابية لدى المسنين إما إلى سوابق سيكاترية، أو لعدم قبول الشيخوخة لأنها تعبر عن الكبر والقروب من الموت، أو للإحساس بعدم الجدوى في المجتمع وفقدان الإهتمام. كما قد تعزى إلى فقدان الإستقلالية والتبيعة، والترمل والشعور بالوحدة، وظهور أمراض متعددة كضغط الدم، والعجز الكلوي المزمن، وأمراض قلبية وأمراض دماغية مثل مرض بركنسون.

بينما أسفرت الدراسة الوصفية التي قام بها كل من " **Boudef** " و" **Labidi** " **(247-242 1998 ,p)** على مستوى مصلحة الإستعجالات السيكاترية لمستشفى الأمراض العقلية أبو بكر الرازي بعنابة على عينة حجمها 709 حالة خلال فترة زمنية إمتدت من فيفري 1993 إلى ديسمبر 1994، شملت كل المرضى الذين حضورا للإستشارة بغض النظر عن سنهم وجنسهم ومقر الإقامة، حيث أظهر التشخيص السيكاتري أن أكثر الجداول الإكلينيكية تواترا كانت حالات الفصام، والإضطرابات العصابية وإضطرابات الشخصية. أما عن الأعراض المرضية، أظهرت النتائج نسبة 51.1 % أعراض الهياج النفسي-الحركي، ونسبة 9 % نوبات قلق، ونسبة 5.6 % حالات أرق، ونسبة 2.7 % حالات هروب، ونسبة 1 % حالات محاولات الإنتحار ونسبة 0.8 % تعاني من تباطئ نفسي- حركي.

نستخلص مما تقدم أن أغلب الدراسات والتحقيقات الوصفية التي أجريت كانت جهوية. مع ذلك فقد أجرى تحقيق وطني لوصف ملمح الصحة النفسية من خلال فحص الإستشارات النفسية، حيث أنجز التحقيق الوطني للإستشارة النفسية سنة 1993 من طرف **"Belarouci" (2001Û ţ 337)** بهدف إيضاح أهمية الحاجة إلى الصحة النفسية. لهذا الغرض تم إرسال 250 إستمارة موجهة للأخصائيين النفسانيين (تخصص عيادي وأرطوفوني) على مستوى مصالح الإستشارات السيكولوجية للقطاع العام، تم إستغلال 124 إستمارة من المجموع الكلي فأسفرت النتائج على ما يلي:

إن مصدر طلب الفحص النفسي وتوجيه الحالات متعدد وتضمن الترتيب التالي:

- توجيه من طرف طبيب مختص (طبيب عام وطب الأطفال...إلخ) بنسبة 40.3 %.
- توجيه مدرسي (صحة مدرسية) بنسبة 26.4 %.
- مبادرة فردية (شملت الراشدين فقط) بنسبة 20 %.
- مبادرة عائلية (نسبة 13.1 %).

فالأولياء أقل طلبا للإستشارة النفسية لتجاهلهم لدور الأخصائي النفسي، كما يتوجهون إلى الطبيب عندما يظهر أولادهم مشكلات صحية ما، وهذا ما يفسر إرتفاع نسبة مصدر الطلب من طبيب مختص.

أما من حيث سن وجنس المفحوصين، أسفرت النتائج أن الفئة العمرية الأكثر طلبا للإستشارة النفسية ما يلي:

- نسبة 1.4 % للفئة بين (0) صفر وسنتين (فئة الأطفال ما قبل المدرسة أقل إستشارة).
- نسبة 10.1 % لأطفال من فئة عمرية بين 2 و6 سنوات.
- لترتفع النسبة إلى 28.4 % لأطفال سن المدرسة الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و12 سنة، ويظهر أن الجنس الذكري هي الفئة الغالبة في هذا الشريحة العمرية.
- الفئة الشابة (راشد شاب) في المرتبة الثانية بنسبة 25.6 %. ولوحظ تواتر لطلب الإستشارة النفسية للإناث في الفئة العمرية من 19 سنة فما فوق.

يتضح من هذا التحقيق الوطني أن أغلب الحالات التي وجهت للإستشارة النفسية كان مصدرها في الغالب الطبيب العام أو المختص المتواجد على مستوى المصالح الصحية والعيادات الطبية، أو على مستوى المؤسسات التربوية في إطار الصحة المدرسية، بينما نسب طلب الفحص بمبادرة فردية يظهر أنها قليلة. أما الفئة العمرية الأكثر طلبا للفحص فقد شملت المتمدرسين من أطفال ومراهقين، ثم تليها فئة الشباب.

كما توصل التحقيق لسرد أهم دوافع الإستشارة النفسية حسب الفئة العمرية والتي سيتم عرضها في الجدول التالي بمزيد من التفصيل:

جدول رقم (1) : دوافع الأستشارة النفسية حسب الفئة العمرية

دوافع الأستشارة النفسية	الفـــئات العـــمريـــة (%)		
	2- 6 سنوات	6- 12 سنة	12- 19 سنة
تأخر في النمو	21.5	00	00
تظاهرات و شكاوي جسدية	47.6	8.1	22.1
إضطرابات إكتساب النظافة	73.3	15.9	00
إضطرابات هضمية	8.1	00	6.7
إضطرابات اللغة	4.1	28.2	00
إكتئاب	5.2	1.7	00
إستثارة	9.5	1.9	00
مشاكل دراسية	00	49.6	00
لوازم حركية	00	1.7	00
سلوكات كف	00	00	27.6
إضطرابات السلوك	00	00	16.8
أعراض عصابية	00	00	13.1
أعراض ذهانية	00	00	2.7
دافع جنسي	00	00	10.3

فيما يخص الفئة العمرية بين 2 و6 سنوات فإن الدافع الأساسي لطلب الإستشارة النفسية يتمثل في إضطرابات إكتساب النظافة كالتبول الأولي أو الثانوي أو سلس الغائط، ويظهر التبول الأولي أكثر أهمية (بنسبة 37.7 %)، ثم تليها التظاهرات الجسدية في نصف الحالات تقريبا منها إضطرابات النوم وآلام المفاصل. بينما تمثل المشاكل الدراسية أهم دوافع الإستشارة النفسية (بنسبة 49.6 %) للفئة العمرية بين 6 و12سنة، وتتمثل أساسا في الصعوبات الدراسية والتأخر المدرسي، وغالبا ما ترتبط هذا الصعوبات بإضطرابات جسدية-حسية، أونفسية-عاطفية أوإجتماعية، ثم تليها الإضطرابات اللغوية بنسبة تقدر بـ 28.2 % من الحالات.

أما عن دوافع الإستشارة النفسية لدى المراهق تظهر سلوكات الكف منها تجنب الإتصال مع الآخر، رفض الدراسة (بنسبة 27.6 %)، ثم تليها الشكاوي الجسدية والإضطرابات السيكوسوماتية (بنسبة22.1%) كطريقة للتعبير لدى المراهق. أما إضطرابات السلوك فتشمل السلوك العدواني تجاه الآخر، والهروب والتشرد، والسرقة، وسلوك المعارضة في الوسط العائلي والمدرسي(بنسبة 16.8%) **(Belarouci, 2001,P337)**. وتؤكد نتائج هذا التحقيق الوطني الحاجة إلى الصحة النفسية، لما يطرح الميدان ونتائج الإستشارة النفسية من مشكلات صحية (نفسية ونفسجسدية) تتطلب العناية والتكفل النفسي خاصة فئة الأطفال المراهقين والراشد الشاب.

وفي هذا الصدد، صرθ "**Aroua**" في كتابه "**الصحة والبيئة**" (**1985Û 8 ţ**) إن الحالة الصحية للفرد ترتبط في جزء كبير بوسطه البيئي والإقتصادي والإجتماعي الذي يعيţ فيه، لذلك فأية دراسة إبديميولوجية للصحة في أي بلد تعكس في الواقع مميزات وخصائص هذا الوسط.

عموما، لقد طرحت في الجزائر العديد من المشكلات الصحية كما أكدتها العديد من الدراسات الوبائية والتحقيقات الوصفية. وأغلب هذزا الدراسات أجريت من طرف أطباء سيكاتريين وشملت جوانب وصفية ترتبط بالنسب المئوية والتكرارات لمتغيرات ديمغرافية كالجنس، والسن، والمستوى التعليمي...إلqh) مع غياب واضح للدراسات التحليلية التي تسمح لنا بفهم أفضل للمشكلة الصحية وعواملها السببية وبالتالي التحكم فيها ووضع برامج وقائية وعلاجية. ضف إلى ذلك، مختلف هذزا التحقيقات جهوية (العاصمة، ووهران وعنابة)، مع غياب واضح للتحقيقات الوطنية لحصر أهم المشكلات الصحية سواء النفسية أوالجسدية، ماعدا البعض القليل منها مثل التحقيق الوطني للإستشارة النفسية الذي أنجرته الباحثة "**Belarouci**" بالعاصمة. على كل حال، تؤكد بعض هذزا التحقيقات الإحصائية وجود مشكلات صحية وبالتالي الحاجة إلى الصحة النفسية والجسدية، خاصة وأنها تمس فئة الشباب بتواتر أكبر، وهذا ما يستدعي دراستها خاصة من الجانب النفسي والإجتماعي، لأن هذزا المشكلات ترتبط بالوسط البيئي التي تتواجد فيه.

10- ملمη الصحة في ولاية عنابة

تتعدد المشكلات الصحية المطروحة في المصالح الإستشفائية لولاية عنابة سواء تعلق الأمر بالصحة الجسدية أو النفسية. كما تعددت وتنوعت الدراسات والتحقيقات الوصفية التي إهتمت بحصر هذزا المشكلات وتواترها مع التركيز على بعض المميزات كالسن، والجنس ونوع المرض. وسيتم لاحقا عرض بعض هذزا الدراسات لتوضيح ملمح الصحة في ولاية عنابة.

في هذا السياق، أظهرت الإحصائيات السنوية التي قام بها "**3انم**" مراقب طبي رئيسي لمصلحة الإستعجالات الطبية للعيادة المتعددة الخدمات العربي خروف (قطاع صحي فرانز فانون سابقا) بمدينة عنابة للفترة الممتدة بين 2000 إلى 2002 أن أكثر المشكلات الصحية إنتشارا في هذزا المصلحة تضمنت أساسا وبتواتر كبير أمراض الربو، والسكّري، وضغط الدم.وسنتعرض لهذا التحقيق بشيء من التفصيل في الجدول رقم(2).

يوضح الجدول التالي المشكلات الصحية الأكثر تواترا بمصلحة الإستعجالات الطبية للعيادة المتعددة الخدمات العربي خروف بمدينة عنابة.

جدول رقم (02) : المشكلات الصحية الأكثر تواترا بمصلحة الاستعجالات الطبية للعيادة المتعددة الخدمات العربي خروع بمدينة عنابة

المشكلات الصحية	سنة 2000 (57588 إستشارة)	سنة 2001 (60193 إستشارة)	سنة 2002 (56851 إستشارة)
الربو	23376 (40.59 %)	20773 (34.51 %)	20810 (36.6 %)
السكري	2556 (4.43%)	2668 (4.34 %)	2252 (3.96 %)
ضغط الدم	3780 (6.56 %)	3703 (6.15 %)	3200 (5.62%)

توضح هذا الأرقام أن المشكلات الصحية الأكثر تواترا في هذا المصلحة هي مرض الربو، ومرض ضغط الدم وداء السكري خلال ثلاث سنوات على التوالي (2000، و2001 و2002). فيما يخص مرض الربو أسفرت إحصائيات سنة 2000 نسبة تقدر بـ 40.59 % من حالات طلب الإستشارة الطبية في هذا المصلحة الإستعجالية، لتنخفض النسبة سنة 2001 (34.51%) و2002 (36.6 %)، ومع ذلك يبقى الربو أكثر المشكلات الصحية التي تستدعي الإستعجال الطبي مقارنة بالسكّري وضغط الدم. أما مرض ضغط الدم فيظهر في المرتبة الثانية، حيث بلغت نسبة طلب الإستعجال في هذا المصلحة سنة 2000 بـ6.56 % لتنخفض هذا النسبة إلى 5.62% سنة 2002. كما تتواتر حالات داء السكري لتبلغ نسبة إنتشارها في هذا المصلحة الإستعجالية بـ4.43 % مما يجعلها المشكل الصحي الثالث. وهذا ما أكدا الدكتور" **بشطاري**" الطبيب الرئيسي لمصلحة الطب الوقائي والدراسات الإبديميولوجية لمستشفى إبن سينا بعنابة حيث تشكل هذا الأمراض مشكل الصحة العامة في الولاية، وبالأخص مرض الربو والسكري.

كما أظهرت نتائج التحقيق السنوي الذي أجراا رئيس مصلحة المستشفى النهاري لمرض السكري التابع للعيادة المتعددة الخدمات العربي خروف بمدينة عنابة الأرقام التالية، حيث قدرت الحصيلة السنوية لعدد حالات مرضى السكري سنة 2001 بـ 14683 حالة، أما عام 2002 بلغت عدد الحالات بـ 11205 مصاب بداء السكري. وتؤكد هذا النتائج أن داء السكري يمثل مشكل صحة عمومية بولاية عنابة.

وفي هذا الصدد، فقد أنشأت في ولاية عنابة جمعية أضواء للمصابين بداء السكري **(ADWA)** التي إعتمدت بـ 26 فيفري 1995 تحت رقم 48، مقرها مديرية الصحة والسكن. أما عن عدد المنخرطين في هذا الجمعية حسب الأرقام التي قدمها " **مصطفي بوريΣ**" رئيس الجمعية، والتي تبين لنا مدى تواتر هذا المرض، ونلخصها في الجدول رقم(3).

يوضح الجدول التالي عدد المنخرطين في جمعية أضواء حسب كل من الجنس ونوع مرض السكري الأكثر تواترا بالجمعية بمدينة عنابة.

جدول رقم (03): عدد المنخرطين في جمعية أضواء حسب الجنس ونوع مرض السكري

السنة	العدد الإجمالي للحالات	عدد الذكور	عدد الإناث	داء السكري غير المعتمد على الأنسولين (DNID)	داء السكري المعتمد على الأنسولين (DID)
1995	107	77	30	45	62
1996	192	81	111	77	115
1997	41	20	21	27	14
1998	12	08	04	11	01
1999	19	10	09	08	11
2000	109	45	64	32	77
2001	78	34	44	32	46
2002	29	16	13	07	22
2003	08	05	03	02	06
المجموع	595	296	299	241	354

يوضح الجدول رقم **(03)** أن العدد الإجمالي لحالات مرضى السكري المنخرطين في الجمعية يقدر بـ 595 حالة خلال فترة زمنية ممتدة من 1995 إلى 2003، وصنفوا من حيث الجنس إلى نسبة 49.74 % من الذكور، ونسبة 50.25 % من الإناث. أما فيما يخص نوع الإصابة بداء السكري وجدت نسبة 59.49 % يعانون من داء السكري المعتمد على الأنسولين **(DID)** مقابل نسبة 40.50 % يعانون من داء السكري غير المعتمد على الأنسولين (**DNID**).

أما في مجال الصحة النفسية فقد أجريت بعض الدراسات والتحقيقات الإحصائية، فقد أظهرت الدراسة الوصفية المتعلقة بمحاولات الإنتحار التي أجرها الدكتور " **Antri** " الطبيب الرئيسي لمصلحة الإنعاش الطبي بمستشفى إبن سينا الجامعي بعنابة سنة 2001 النتائج التالية:

- قدر العدد الإجمالي لحالات محاولات الإنتحار بمصلحة الإنعاش الطبي سنة 2001 بـ 529 حالة تتوزعت من حيث الجنس إلى 381 إناث (بنسبة 72.02%) و148 ذكورا (بنسبة 27.97 %) أي إمرئتان مقابل 9 رجال (9/2).

- أما مـن حيث السن فأسفرت النتائج النسب التالية حسب الترتيب والتواتر، نسبة 34.6 % من الحالات من الفئة العمرية بين 20 و24، ونسبة 22.9 % للفئة بين 15 و19 سنة، ثم تليها الفئة العمرية بين 25 و29 سنة بنسبة 8.5 %، وأخيرا نسبة 5.1 % للفئة العمرية بين 35 و39 سنة. أما متوسط عمر العينة قدر بـ 25.7 سنة.

- أما فيما يخص الأشهر التي ترتفع فيها حالات محاولات الإنتحار كانت كما يلي : شهر أوت (بنسبة 14%)، شهر جويلية (بنسبة12.1 %)، شهر سبتمبر (بنسبة9.30%)، ثم نسب متقاربة تتراوح من 8.7 % و8.9 % بالنسبة لشهر أفريل، وماي وجوان، لتنخفض النسبة إلى 4.2 في شهر نوفمبر.

- أسفرت الدراسة أن المواد الأكثر إستعمالا في محاولات الإنتحار تتمثل في الأدوية والعقاقير النفسية بنسبة 64.65 % ، ومواد التنظيف (ماء جافيل وروح الملح) بنسبة 27.6 %، وأخيرا إستعمال مواد أخرى (المبيدات) بنسبة 7.8 %.

- فيما يخص دوافع محاولات الإنتحار فهي متعددة منها ترجع في53.3 % من الحالات إلى المشاكل والصراعات العائلية ، ونسبة17% للصراعات الزوجية، ونسبة 4.2% لحالات الإكتئاب، ونسبة 3.8 % تعزى للصراعات العاطفية، ونسبة 1.9 % للحمل غير الشرعي ونسبة 1.1 % ترجع لمعايشة صراعات ومشاكل مهنية.

أما الحصيلة الإحصائية السنوية التي أجرها المركز الطبي النفسي لمكافحة الإنتحار بمدينة عنابة سنة 2003، سجلت 98 حالة.

- توزعت من حيث الجنس إلى 75 إناث بنسبة تقدر بـ 76.53 % و23 ذكور بنسبة 23.46 %.

- من حيث السن توزعت العينة بنسبة 53.06 % للفئة العمرية بين 20 و40 سنة، ونسبة 43.87 % للفئة بين 15 و20 سنة، وأخيرا نسبة 3.06 % للشريحة بين 40 و60 سنة.

- فيما يخص المستوى الإجتماعي– الإقتصادي أظهر التحقيق نسبة 57.14 % ذات مستوى متوسط، ثم تليها نسبة 33.67 % ذات مستوى ضعيف وأخيرا نسبة 9.18 ذات مستوى إقتصادي جيد.

- أما الوسائل المستعملة لمحاولات الإنتحار فهي متعددة أهمها تناول الأدوية بنسبة 94.89 %، ماء جافيل بنسبة 2.04 %، والتسمم (السم) بنسبة 1.02 %، والسقوط من الأعالي (بنسبة1.02%) وأخيرا إستعمال السلاح الأبيض في 1.02 % من الحالات.

أما في مجال الإدمان على المخدرات، تؤكد الإحصائيات المنجزة حتى اليوم مدى إنتشار الظاهرة في ولاية عنابة. وبالنظر للأرقام المتوفرة، يمكن التأكيد على أن تجارة وإدمان المخدرات تمثل مشكلا حقيقيا لأنها تمس أكثر فئة الشباب. فيما يلي نتائج بعض التحريات والتحقيقات حول كميات المخدرات المحجوزة والمستهلكة بولاية عنابة.

يوضح الجدول التالي إحصائيات أمن ولاية عنابة بخصوص عدد قضايا المخدرات سواء بغرض المتاجرة أو الإستهلاك خلال فترة زمنية ممتدة من سنة 1998 إلى غاية سنة 2003 وعدد الأشخاص المتورطين.

جدول رقم (04): تعداد عدد قضايا المخدرات والأشخاص المتورطين

السنوات	عدد القضايا		الكمية المحجوزة		الأشخاص المتورطين			
	المتاجرة	الاستهلاك	مخدرات كغ	أقراص	رجال	نساء	قصر	أجانب
1998	101	98	15.4293	29819	313	00	00	05
1999	119	138	60.4617	4930	370	01	00	01
2000	60	111	7.9074	4892	246	00	00	00
2001	63	94	9.63174	748	174	00	01	00
2002	37	171	8.99642	2035	255	00	05	00
2003	37	303	47.96908	2282	388	02	21	01
المجموع	417	915	74.97708	44706	1746	03	27	07

أسفرت نتائج تحقيقات أمن ولاية عنابة على417 قضية تجارة في المخدرات من فترة ممتدة من 1998 إلى غاية 2003، بينما بلغ عدد قضايا الإستهلاك بـ915 قضية خلال نفس الفترة مع زيادة في الإستهلاك لوحظت سنة 2003. كما توضح الأرقام أن عدد قضايا الإستهلاك أكثر من عدد قضايا الإتجار في المخدرات. أما المخدرات المحجوزة فقد بلغت الكمية بـ74.97708 كلغ، بينما كمية الأقراص المحجوزة في نفس الفترة قدرت بـ 44706. أما عن العدد الإجمالي للأشخاص المتورطين في قضايا المخدرات (متاجرة وإستهلاك) فقد بلغ 1783شخص، غالبيتهم من الرجال (1746)، ثم القصر (27 فردا) ثم الأجانب وأخيرا سجلت ثلاث نساء خلال فترة ممتدة من 1998 على غاية عام 2003.

أما التحقيق الذي أجري من طرف أمن ولاية عنابة سنة 2004 (من شهر جانفي إلى غاية شهر ماي) بلغ العدد الإجمالي لقضايا المتاجرة في المخدرات 28 قضية مقابل 151 قضية إستهلاك. وقدرت كمية المخدرات المحجوزة بـ 7.15480 و8654 أقراص. أما العدد الإجمالي للأشخاص المتورطين بلغ 196 متورط غالبيتهم من الرجال (194) و2 من القصر.

بينما أسفرت التحقيقات الإحصائية السنوية لعدد الإستشارات بالمركز الوسيط لمعالجة الإدمان بوخضرة بمدينة عنابة (C.I.S.T)، الذي أنشأ سنة 1999 المؤرخ في 24 جوان 1999 من طرف اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات والإدمان عليها على عدد إجمالي يقدر بـ 858 مدمن خلال فترة ممتدة من جويلية 1999 إلى غاية شهر فيفري 2004.

ويوضح الجدول التالي عدد المدمنين على المخدرات المترددين على المركز الوسيط لمعالجة الإدمان ببوخضرة خلال الفترة الممتدة من 2000 إلى 2003.

جدول رقم (05) : تعداد المدمنين بالمركز الوسيط لمعالجة الأدمان بوخضرة عنابة

السنوات	عدد الحالات
2000	151
2001	217
2002	183
2003	233
المجموع	784

يوضح الجدول أعلاه إنتشار ظاهرة الإدمان على المخدرات بولاية عنابة مع زيادة عدد الحالات سنة 2003. وسيتم لاحقا عرض بشيء من التفصيل بعض المميزات والخصائص التي تميز المدمن بهذه الولاية خلال سنوات 2000 إلى 2003.

أظهر تحقيق سنة 2000 المميزات التالية لـ 151 مدمن على المخدرات بعنابة:

- من حيث الجنس سجلت نسبة 96.68 % من الذكور مقابل نسبة 3.31 % من الإناث.

- غالبية الحالات من الفئة العمرية بين 20 و25 سنة بنسبة 56.95 %، ثم تليها نسبة 25.16 % للفئة بين 30 و35 سنة، أما نسبة المدمنين للفئة العمرية بين 10 و15 سنة قدرت بـ 10.59 %. وكانت نسبة الفئة العمرية أكثر من 35 سنة ضعيفة عموما.

- الحالة المدنية، يظهر أن فئة العزاب قدرت بنسبة 78.80 %، ثم المتزوجين بنسبة 18.54% وأخيرا المطلقين بنسبة 2.64 %.

- من الناحية المهنية قدرت نسبة البطالين بـ58.94%، ونسبة27.81% فئة العمال والمستخدمين والبعض الأخر من الموظفين والأعمال الحرة.

- من حيث الإقامة، قدرت نسبة 81.45 % من المدمنين من ولاية عنابة، والباقي (بنسبة18.54 %) من الولايات الأخرى المجاورة (طارف، سكيكدة، قالمة، سوق أهراس، خنشلة وقسنطينة...إلخ).

- لوحظ أن هناك تعددية للمواد الإدمانية غالبيتها الكيف **(kif)** والعقاقير النفسية من " **Parkinane** " و" **Diazepan** " و" **Rivotril** " و" **Temesta** " والغراء والكحول.

كما أسفرت نتائج تحقيق سنة 2001 تقريبا نفس المميزات على عينة قوامها 217 مدمن، فغالبيتهم من الذكور (96.31 %) العزاب (72.26%) مستواهم التعليمي بين المتوسط (43.31 %) والإبتدائي (32.71 %) غالبيتهم عمال ومستخدمون (11.98%) مع بروز فئة الطلبة (6.91 %). قرابة نصف الحالات (49.30 %) من الفئة العمرية بين 20 و25 سنة، ثم تليها فئة 30 و35 سنة (27.18 %) وأخيرا الفئة العمرية بين 10 و15 سنة (11.52 %) وتعددية المواد الإدمانية. كما توصلت نتائج تحقيق سنة 2002 و2003 إلى نفس المميزات أيضا، فالمدمن من الجنس الذكري، ومن الفئة العمرية بين 20 و35 سنة، ومستواه التعليمي بين المتوسط والإبتدائي، بطال ويقطن بولاية عنابة.

نستخلص من هذه التحقيقات الإحصائية المختلفة بأن المدمن على المخدرات بعنابة هو راشد شاب (20-35 سنة)، في الغالب من الجنس الذكري، أعزب، ذا مستوى تعليمي إبتدائي أو متوسط، بطال مع تعديدية المواد الإدمانية من الكيف والعقاقير النفسية والكحول.

وفي مجال الإضطرابت النفسية والعقلية، أجريت بعض الدراسات الوصفية من طرف مجموعة من السيكاترين أمثال " **Boudef Kkenuzi** "أ و" **Doghmane** " و" **Sidihi** " بمستشفى الأمراض العقلية أبو بكر الرازي سنة 1998على عينة حجمها 1272 حالة حضروا لإستشارة الطب العقلي. أسفرت نتائج هذه الدراسة على ما يلي:

- غالبية الحالات من الجنس الذكري بنسبة تقدر بـ70 % مقابل 30 % من الإناث (أي 4/3 من الحالات ذكور).

- متوسط أعمارهم يقدر بـ 35 سنة، مع بروز الفئة العمرية بين 20 و30 سنة (بنسبة32.5 %)، ثم الفئة العمرية بين 31 و40 سنة (بنسبة31.7%)، ثم تليها الشريحة العمرية أكثر من 50 سنة بنسبة 14.4% وأخيرا نسبة 2.4 % من الحالات أعمارهم أقل من 20 سنة.

- فيما يخص مقر الإقامة فإن أكثر من نصف الحالات من ولاية عنابة، والباقي من الولايات المجاورة (طارف، وقالمة، وسوق أهراس وتبسة).

- أما الفئة التشخيصية الأكثر تواترا حسب **(DSM III.R)** هي حسب الترتيب التالي، حالات الفصام بنسبة 64.9 %، والإضطرابات المزاجية بنسبة 22.8%، وإضطربات الشخصية بنسبة 2.4 %، وإضطرابات القلق بنسبة 1.1 % وأخيرا الحالات الهذيانية بنسبة 0.3 %. ويفسر السيكاتريون إحتلال الفصام المكانة الأولى نظرا لكونه مرض مزمن وذو إنتكاس متكرر مما يجعل التكفل بالحالات طويل

ومتكرر، أما الحالات الإكتئابية والعصابات وإضطربات القلق فهي أقل تواترا رغم إنتشارها الهام في المجتمع العام، وغالبا ما يستشير المرضى في مثل هذا الحالات إراديا طبيب سيكاتري خاص لأن التكفل

يكون نسبيا مؤقت ويمكن دفع تكاليفه من طرف المريض و/ أومحيطه. كما أظهرت نتائج هذا الدراسة أن الإضطرابات الإكتئابية أكثر تواترا عند النساء، وأن الإصابة بالجنون **(demence)** أكثر تواترا بعد سن 50 عام **(Boudef et al, 2001, P23-26)**.

نستخلص من مختلف التحقيقات الإحصائية والدراسات الوصفية التي أجريت بولاية عنابة على مستوى المصالح الصحية من مستشفيات ومراكز صحية أو على مستوى الأمن الوطني، أن هناك مجموعة من المشكلات الصحية التي فرضت نفسها وتستدعي الدراسة والبحث من جهة والتكفل من وقاية وعلاج من جهة أخرى. عموما، في مجال الصحة الجسدية برزت على مستوى الإستعجالات الطبية ثلاث مشكلات صحية أهمها مرض الربو، وضغط الدم ومرض السكراي، وفيما يخص هذا الأخير تؤكد عدد حالات الإستشارة الطبية على مستوى المستشفى النهاري لمرض السكري تواتر هذا المرض وإنتشارا على مستوى فئة الشباب. أما فـي مجال الصحة النفسية طرحت مجموعة من المشكلات الصحية بوضوθ منها محاولات الإنتحارعلى مستوى مصلحة الإنعاţ الطبي لمستشفى إبن سينا بمدينة عنابة، أو على مستوى المركز النفسي الطبي لمكافحة الإنتحار لنفس الولاية. وتؤكد الأرقام المسجلة خطورة الوضع خاصة وأنها تمس فئة الشباب غالبيتهم من الجنس الأنثوي وترجع في أكثر من نصف الحالات إلى مشاكل وصراعات نفسية عائلية وزوجية. أما ظاهرة الإدمان على المخدرات وتجارتها، تبين الأرقام بوضوθ تفاقم المشكلة وثقلها سواء في عدد قضايا المخدرات من حيث تجارتها وإستهلاكها، والكميات المحجوزة من قبل أمن الولاية وحتى الأشخاص المتورطين فغالبيتهم من الشباب. أما المصالح الصحية تؤكد إنتشار تعاطي هذا المواد السامة، وما يزيد من خطورتها أنها تمس فئة الشباب (الراشد الشاب) التي تتراوθ أعمارهم بين 20 و30 سنة وغالبيتهم بطالبين، مع تعددية المواد الإدمانية مما يجعل صحتهم عرضة لأخطار أكبر قد يؤدي الأمر إلى الإضطرابات العقلية ومحاولات الإنتحار. كما أظهر تحقيق مستشفى الأمراض العقلية أبو بكر الرازي بعنابة تواتر أمراض الفصام والحالات الإكتئابية في المكانة الأولى، وغالبية الحالات من الجنس الذكري متوسط أعمارهم يقدر بـ 35 سنة مع بروز الفئة بين 20 و40 سنة.

إنطلاقا مما تقدم يوضح ملمح الصحة بولاية عنابة أن أكثر المشكلات الصحية المطروحة هي الربو، والسكراي، والإدمان على المخدرات، ومحاولات الإنتحار، والفصام والإكتئاب. وفي مجال الصحة النفسية فهي تمس فئة الشباب بتواتر واضح. وعليه يهدف البحث الحالي دراسة بعض هذا المشكلات الصحية ذات التواتر الهام ولكونها تطرθ مشكل الصحة العامة وذلك من الجانب النفسي- الإجتماعي.

تـمـهـيـد

أظهرت التحقيقات الميدانية والدراسات الإحصائية بالجزائر بروز بعض المشكلات الصحية، وتؤكد الأرقام المسجلة خطورة الوضع خاصة وأنها تمس فئة الشباب. وعلى مستوى ولاية عنابة كانت أمراض الربو، وداء السكري، ومحاولات الإنتحار والإدمان على المخدرات أكثر مشكلات الصحة العامة إنتشارا، لأنها تبرز بوضوح في المصالح الصحية التي يتردد عليها المرضى طلبا للتكفل والعلاج. وعلى هذا الأساس ركزت الباحثة الحالية على هذا الإضطرابات، وحاولت تخصيص فصلا كاملا تم التطرق فيه إلى الإطار النظري والتراث الطبي والسيكولوجي لهذا المشكلات بدءا بتعريف كل مرض على حدى، وأعراضه الإكلينيكية، وأشكاله العيادية ومظاهرها، كما تناولت في هذا الفصل المعايير المعتمد عليها لتشخيصها، مع التركيز على الأسباب العامة للمرض سواء تعلق الأمر بالعوامل البيولوجية، والمناعية، والنفسية كالضغوط والأحداث الحياتية، والعوامل الإجتماعية التي تتضمن التنشئة الإجتماعية والمعاملة الوالدية...إلخ.

ويبقي الهدف من تخصيص هذا الفصل تحديد مفاهيم الربو، والسكري، والإدمان على المخدرات ومحاولات الإنتحار في البحث الحالي، لأنها تمثل المجموعات المرضية لعينة الدراسة. وسيتم لاحقا عرضها بشيء من التفصيل.

1- مرض الربو

يعتبر الربو مشكل صحة عامة في الجزائر، وتتراوθ نسبة إنتشارﮪا بين 2 إلى 3 % حسب تقدير سنة 1992، حيث يسجل كل سنة ما يتعدي عن 500.000 حالة ربو تستلزم التكفل والعلاج في المصالح الصحية، كما تستدعي ﮪذﮪا الإصابة مستلزمات علاج مهمة على مستوى مصالح الإستعجالات أو في الهياكل الصحية التي تقدم تكفل غير مستقر للمرضى. كما تثقل تكاليف هذا الداء ميزانية الصحة والعائلات **(Ait khaled, 1992).**

كما يعتبر هذا الداء لدى جلة الباحثين الجزائرين **(Khelaf, 1982** و **Ait khaled ,1992** و **Rahal 1991)** مصدرا للعديد من العوائق المدرسية، والمهنية، والنفسية ويؤدي إلى عجز تنفسي لدى فئة الشباب. ففي دراسة قام بها " **Rahal** " **(1991)** على 3118 مريض وجد لدى 20 % من الأطفال تأخر مدرسي بسبب الربو قد يؤدي إلى التغيب عن المدرسة، في حين وجد نسبة 11.30 % من الراشدين يتغيبون عن العمل وقد تؤدي الإنعكاسات المهنية الخطيرة إلى تغيير كلي لنوع العمل الممارس، كما قد تؤدي الإصابة بالربو إلى تغيير مقر السكن لدى 0.90 % من الحالات.

يتجلى لنا من خلال ما تقدم أهمية دراسة الربو لكنه يطرθ مشكل الصحة العمومية لما له من إنعكاسات واضحة على مستوى الفرد ومحيطه والمصالح الصحية، وسوف نتطرق لاحقا لتعاريف الربو، ووصف النوبة وأخيرا تناول مختلف العوامل السببية للمرض سواء عوامل الإستعداد أو المساعدة.

1-1 تعريع الربو

كلمة "**Asthme**" ربو مشتقة من اللغة اليونانية تعني " تنفس قصير" أو " تنفس بجهد". وإستعملت لعدة قرون لتشير إلى تنفس صعب. وفي القرن السادس عشر حل محل الكلمة السابقة كلمة "ضيق التنفس" **(Kourilsky, 1990).**

وتعرفه منظمة الصحة العالمية **(O.M.S)** بأنه إصابة تتميز بنوبات عسر التنفس التي تحدثها عوامل مختلفة أو من خلال التدريب، ويصاحبها علامات إكلينيكية لإنسداد كلي أو جزئي قابل للإنعكاس بين النوبات **(Charpin, 1984).** أما "**Charpin**" **(1986ﭐ ţ 1)** فيرى أنه تناذر يتكون إكلينيكيا من نوبات ضيق التنفس الصفيري التلقائية ذات ظهور في الغالب مسائي- ليلي. ومن الناحية الوظيفية فهو تناذر

إنسدادي متغير يتميز بفرط نشاط خاص للشعب تجاۀ مثيرات مختلفة. بينما يتفق كل من "**Bousquet**" و"**Michel**" (**1991ٱ ţ 1**) فـي تعريفهم للربو بأنه تناذر أكثر منه مرضا، يعرف إكلينيكيا كنوبة عسر تنفس صفيري ونوبي قابل للإنعكاس تلقائيا أو تحت تأثير العلاج، ويضيف إليه معيار فسيولوجي مرضي يتمثل في فرط الإستجابات الشعبية. وتضع الباحثة تعريفا للربو بأنه تناذر لنوبات ضيق تنفس صفيري يتميز وظيفيا بفرط النشاط الشعبي تجاۀ مثيرات مختلفة.

1-2 وصف النوبة الربوية

تمر النوبة الربوية بثلاث مراحل أساسية وهي مقدمات النوبة، والنوبة وتطورها. ونحددها في المظاهر الإكلينيكية التالية (**Kourilsky, 1990**):

* مقدمات النوبة:

هناك بعض الأعراض التي تمثل لدى بعض المرضى كمقدمات وعلامات منذرة على حدوث النوبة الربوية منها:

- الإحساس بإنسداد أنفي يصاحبه السيلان الأنفي أو ينعدم.
- زكام تشنجي.
- إلتهاب ملتحمة العين.
- الشقيقة وحكة جلدية موضعية شديدة على مستوى الذقن.

عموما، تسبق هذۀ الأعراض النوبة الربوية.

* النوبة:

وتتميز هذۀ النوبة بالعلامات التالية:

- تظهر النوبات ليلا خلال الساعات الأولى من النوم أو خلال الجزء الثاني من الليل وأحيانا تكون مسائية تظهر بعد تناول وجبة العشاء.
- تبدأ النوبة بسعال جاف متكرر يصاحبها صفير واضح ومنتشر غالبا ما يدركه المريض ومحيطه.
- يبدو المريض شاحبا أو نوعا ما مزرق ويتصبب عرقا خاصة أثناء النوبة الخطيرة.
- أحيانا يكون المريض قلقا.
- يكون نظامه التنفسي شاقا ومتعبا، وتكون عملية التنفس صعبة وبالأخص على مستوى الزفير الذي يمدد من الصفير.

*** تطور النوبة:**

وتتميز هذا المرحلة بمجموعة من المظاهر أهمها ما يلي:

- خلال بضع دقائق تهدأ النوبة تدريجيا فيسعل المريض قليلا.
- سعال المريض يصاحبه نخامة تكون عادة مخاطية وغليظة ولزجة تبرز على شكل قطع أو أجزاء صغيرة وكثيفة.
- قد ينهي المريض نوبته بطرح نخامة غزيرة نوعا ما مخاطية ومتقيحة.
- تنتهي النوبة الربوية تاركة إحساس بالتعب وألم صدري.
- يعود المريض إلى نومه مع وجود صفير في تنفسه محاولا إمداد زفيرا.

عموما، ما يميز التناذر الربوي أنه قابل للإنعكاس و تغيير نوبات عسر التنفس.

نستخلص مما تقدم أن الميزة الأساسية للربو كونه عسر تنفسي زفيري يتطور عموما على شكل نوبات تناوبية تتخللها فترات من الهدوء. وتشمل النوبة مرحلة إختناق تدريجي ناتج عن صعوبة في الزفير والثانية تشمل طرح الإفرازات الشعبية التي تنهي النوبة.

1-3 العوامل السببية للربو

رغم التطورات الأساسية لفهم السببية المرضية للربو، إلا أن مختلف ميكانيزمات التناذر الربوي وعوامله السببية تبقي غير معروفة جيدا. عموما، نادرا ما ينتج الربو عن ميكانزم سببي واحد، فالقاعدة هي أن الربو متعدد الأسباب **(La polyetiologie de l'asthme est la règle)** ويجب العمل على تحديد في كل حالة الميكانزمات المسيطرة وتوجيه العلاج نحوها **(Charpin, 1986, p8)** .

الربو تناذر متعدد الأسباب يرجع إلى تضافر عوامل الإستعداد والعوامل المساعدة، وسيتم التفصيل فيها لاحقا.

*** عوامل الاستعداد:**

تضم مجموعة من العوامل منها سوابق الحساسية، وفرط النشاط الشعبي، والإستجابات الجلدية لمولدات الحساسية التنفسية وفرط في الغلوبينات المناعية من النمط **E**.

إن دور سوابق الحساسية العائلية أو الشخصية تم توضيحها في العديد من الدراسات. فقد أظهرت تحقيقات عائلية أن مدى إنتشار الربو بين أولياء مريض الربو يكون أكبر مقارنة بالشهود. وإن إحتمال خطر الإصابة بالربو لدى الأطفال يكون أكبرعندما يكون أحد الوالدين مصابا أو الإثنين معا، ويبدو أن السوابق من جهة الأم لها تأثير أكبر. كما يبدو أن نسبة التوافق فـي الربو لدى التوائم المتماثلـة تكـون

أكبر مقارنة بالتوائم غير المتماثلة. بينما أسفرت تحقيقات تاريخية من خلال إستجواب مجموعة من مرضى الربو مقارنة بالشهود عن وجود سوابق حساسية شخصية مثل الإكزيما، وإلتهاب مخاطية الأنف الحساسي وحمى القش ، والحساسية الدوائية والغذائية، ووجود هذا السوابق لدى مرضى الربو مقارنة بالشهود. كما أظهرت دراسة "**Settipane**" و"**Hagy**" نقلا عن **(Bousquet et al, 1982)** في مجموعة من 903 طالب جامعي، بأن وجود سوابق شخصية لإلتهاب مخاطية الأنف الحساسي تعمل على تطوير خلال مدة 7 سنوات إحتمال خطر يقدر بـ6 % لحدوث ربو شعبي، بينما غياب مثل هذا السوابق ينخفض الخطر إلى 1.3 %.

كما إتضح أن للإختبارات الجلدية الحساسية الموجبة قيمة تنبؤية دالة، إذ أن إحتمال تطوير إلتهاب مخاطية الأنف الحساسي والربو مرتبط بوجود إستجابات جلدية حساسية إيجابية. وحسب " **Settipane** " و"**Hag**" نقلا عن **(Bousquet et al, 1982)** فإن خطر الإصابة بالربو يقدر بـ 5 % إذا كانت إختبارات الحساسية الجلدية موجبة لتنخفض النسبة إلى 1.5 % إذا كانت النتائج سلبية.

بينما توصلت العديد من الدراسات إلى أن نسبة الغلوبينات المناعية من النوع **E (IGE)** في دم الحبل السري تكون مرتفعة لدى المواليد من عائلات تعاني من حساسية مقارنة بالشهود. وأكد " **Michel** " نقلا عن **(Bousquet et al, 1982)** من خلال تحقيق طولي مستقبلي حول مدى إنتشار أمراض الحساسية والربو إنطلاقا من نسبة **IgE** في الحبل السري، بأن نسبة **IgE** عند الميلاد لها قيمة تنبؤية لظهور لاحق لهذا الأمراض أكثر من القيمة التنبؤية لسوابق الحساسية العائلية.

ومن العوامل الإستعدادية الأخرى للإصابة بالربو فرط الإستجابة الشعبية اللانوعية، وتعرف بالإستجابة غير العادية للشعب بالإنسداد عند التعرض لمثيرات فيزيائية وكميائية أو دوائية، بينما الشخص العادي لا يستجيب إلا لجرعات كبيرة جدا لهذا المثيرات أو لا يظهر أية إستجابة. ويظهر أن أغلب مرضى الربو المزمن لديهم فرط في الإستجابة الشعبية. كما أن ميكانزم فرط النشاط الشعبي في الربو جد متعدد، قد يتعلق الأمر بتقليص قطر الشعب، أو شذوذ العضلات الملساء الشعبية والإلتهاب الشعبي **(Bousquet et al, 1982)**.

* العوامل المساعدة:

تعتبر عوامل الإستعداد أساسية في نشأة الربو لكنها غير كافية، ولا يظهر إلا بتدخل عامل أوعدة عوامل مساعدة أهمها العوامل البيئية كالتلوث الجوي والمنزلي، والعوامل الجوية، والعدوى المرضية والعوامل النفسية. وسيتم التعرض لاحقا لأهم هذا العوامل وعلاقتها في ظهور الربو.

يقال عن مرضى الربو أنهم مؤشرات للتلوث الجوي. فالبيئة عامل مساعد ومسبب للنوبة الربوية سواء التلوث الجوي الذي ينتج عن دخان المصانع والسيارات، أو التلوث الصناعي في مقر العمل من غبرة ودخان وغازات كمياوية **(Giacobi, 1975).**

ويمكن للتدخين أيضا عرقلة عمل أهداب المخاطية الشعبية ويجعلها غير قادرة على أداء وظيفتها في دفع المادة المخاطية نحو الحنجرة لتسهيل حذفها، فتجعلها تتجمع على مستوى الشعب ويحدث الإنسداد الشعبي وتعرقل حركة الهواء وتجعل الرئتان أكثر عرضة للعدوى. كما يعمل التدخين على إثارة الخلايا المخاطية للشعب ويدفعها لإفراز المزيد من المادة المخاطية، مما يزيد من تعقيد الحالة وإحداث سعال مزمن لمحاولة التخلص منها **(Giacobi, 1975).** وتفسير ذلك أن السجائر تحتوى على مواد مثيرة كالنيكوتين وحامض الكربوليك وهذا المواد تهاجم الأهداب الإهتزازية للمخاطية التنفسية، وتعرقل طرقها الدفاعية الطبيعية، وبإمكان السجائر أن تحدث إنقباض شعبي، ويمكن أيضا لتدخين الآخرين أن يحدث ضيقا في التنفس والنوبة الربوية **(Moser, 1980).**

كما إتضح أيضا أن للظروف الجوية تأثير في ظهور النوبة الربوية، وتم التصريح بذلك من طرف أغلب مرضى الربو، وبالخصوص وجود ضغوط جوية منخفضة وإنخفاض السريع لدرجات الحرارة مما يؤدي إلى ضيق التنفس **(Charpin, 1984).** كما أظهرت دراسات أخرى أن الإعتناء السيئ للمسكن، ووجود كثافة سكانية في الشقة تمثل عوامل خطر للإصابة بالربو **(Charpin, 1984).**

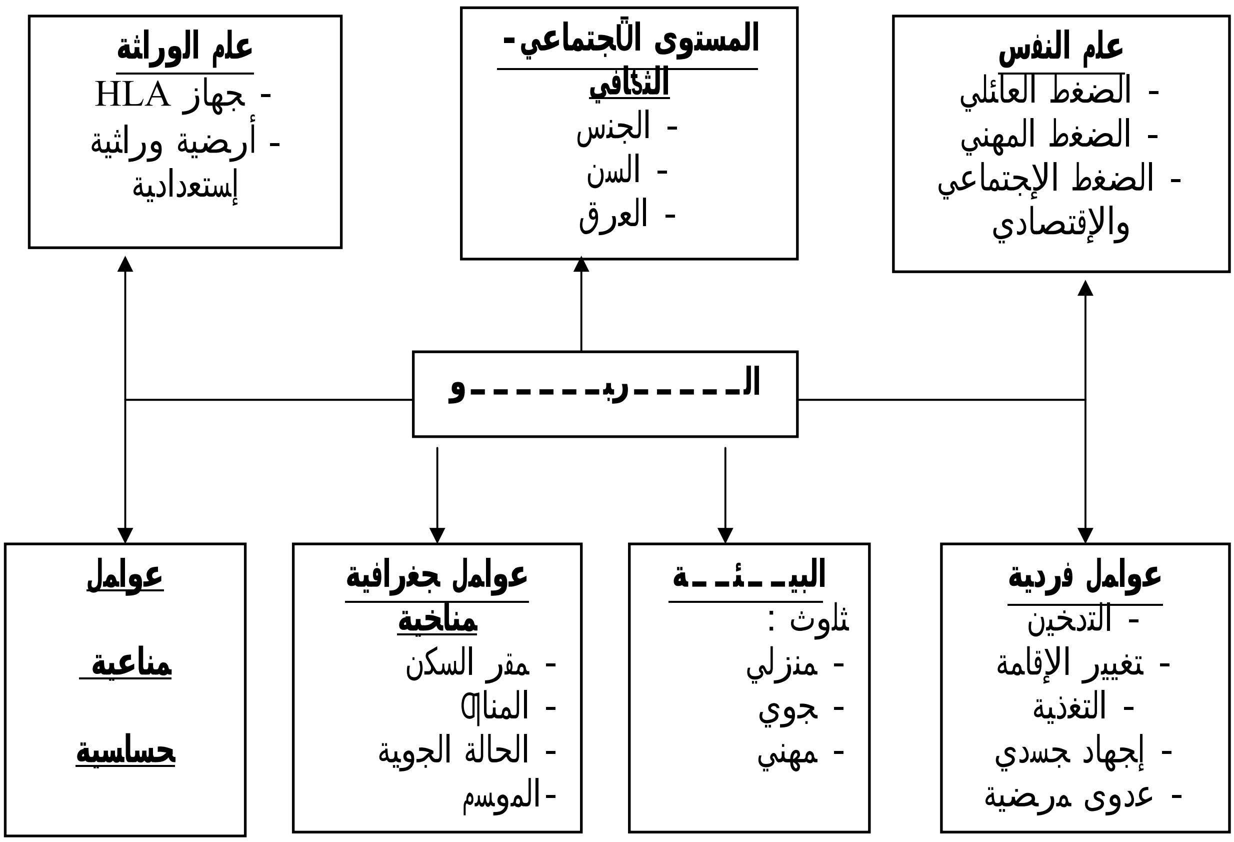
بينما توصلت الدراسات الابدميولوجية إلى أن أكثر من 10 % من نوبات الربو لدى المراهق والراشد ترجع للإصابة بفيروسات تنفسية منها فيروس الزكام. ويمكن للفيروسات إحداث تحرير للهستامين الناتج عـن نشاط الخـلايا الصارية، كما يمكن لإلتهاب الجيوب الأنفية أن تحدث نوبات ربوية **(Godard et al, 1985) .**

وتعتبر العوامل ذات المنشأ النفسي من الأسباب المساعدة الهامة في حدوث نوبات الربو نتيجة التعرض للإنفعالات والتناقضات وفترات التوتر، وهي ظاهرة لحقيقية إكلينيكية يومية. وهناك من يرى أن الربو يمكن أن يكون تعبير غير لغوي لمعاناة عميقة ولا شعورية لا يستطيع الفرد ترجمتها بالكلمات، فتتجسد خارجيا على شكل ضيق تنفسي صفيري يرمز إلـى رفض الهواء **(Godard et al, 1985).**

في نفس السياق، أشار " **بوالنيل" (1984)** أن البحوث الخاصة بالحساسية لم تتوصل إلا لنتائج ضئيلة، بينما تقدمت البحوث النفسية تقدما كبيرا وأظهرت أهمية الجانب النفسي في حدوث الربو وتفاقمه. ويضيف **"Levenson"** نقلا عن **(Fontaine & Rogment, 1984)** بأن للعوامل الإنفعالية دورا هاما فـي نوبات الربو أكثر مـن العوامل الحساسية والعدوى المرضية، ويرى أن هناك تعلم للنمط التنفسي الربوي لجلب

الإهتمام وتقليص القلق. فقد قام هذا الباحث بمقارنة إستجابة مرضى الربو والشهود تجاه مختلف الضغوط، ووجد بأن القياس المثالي للإستجابة للضغط لدى الأشخاص غير الربويين كان في الإيقاع القلبي، بينما تمثلت في المقاومة التنفسية لدى مرضى الربو.

ويمكن تخليص العوامل السببية للربو في المخطط التالي: **(Prétet 1986, P1111)**



مخطط رقم (01): العومل السببية للربو

2- داء السكري

السكري مرض مزمن يتابع المريض طول حياته، ويتمثل في إرتفاع نسبة السكر في الدم والبول وينتج من نقص معدلات الأنسولين الذي يفرزه البنكرياس في الدم أو وجود خلل في وظيفية الأنسولين الموجودة في الدم، بمعنى تعطيل وظيفته في حرق الخلايا السكرية وتزويد الخلايا بالحاجات الطاقوية الضرورية. كما يعتبرالسكري واحد من أخطر الأمراض التي تصيب الإنسان والتي تنتج عن إضطراب الأيض. ويأتي ترتيبه الثالث بين الأسباب الثلاثة الأولى المسببة للوفاة بعد أمراض القلب والأوعية الدموية ثم السرطان. وقد إستفحلت نسبة الإصابة بشكل كبير حيث يقدر عدد المصابين بـ 80 إلى 100 مليون شخص في العالم. وقد تبين من خلال البحوث أن هناك تزايد الإصابة بالسكر مستمرة و تصل إلى 6 %

سنويا. مما يؤكد بأنه أحد أمراض العصر الناجمة عن المعاناة النفسية التي يعيشها الفرد في عالم متوتر مليء بالإنفعالات الحادة والصراعات والتوترات والتنافس. ولهذا الداء مضاعفات خطيرة كفقدان الإبصار وأمرض الكلى ومرض القلب والبتر. وقد يصيب مرض السكر الأطفال والشباب فليس لبدايته سنا محددة **(العيسوي، 1994، ص 33).**

أما في الجزائر رغم غياب الدراسات الإبدميولوجية المنظمة غير أن مرض السكري يعد مشكلة صحية عامة، فإن نسبة إنتشارها قدرت بين 2 و4 % **(Khalfa, 2001, P3).** وحسب تقارير الندوة الوطنية السادسة لمرض السكري، فقد قدرت نسبة الإنتشار بـ 10 % من السكان أي حوالي مليون ونصف شخص مصابين بهذا الداء.

يتجلى من خلال ما تقدم أهمية دراسة مرض السكري بما أنه يطرح مشكل الصحة العامة. وسنحاول التطرق في هذا الفصل إلى تعريف المرض، وكيفية حدوثه، وأعراضه الإكلنيكية، وأنواعه. ثم عرض أهم خطوات التشخيص الإيجابي لمرض السكري ثم الأسباب العامة للمرض ومضاعفاته.

2-1 تعريف مرض السكري (Diabète)

تعني كلمة "**Diabète**" السكري " المرور عن طريق" **(Passer à travers)** لتشير إلى الإفراط فـي التبول الذي يميز المرض. أما كلمة "**Diabète sucre**" مرض السكري، فهي مشتقة من اللاتنية "**Mellitus Diabète**" وتعني "ذوق العسل" **(Goût de Miel) (Khalfa, ,2001,P3).** فأصل كلمة مرض السكري **(Diabète)** تشير إلى وجود نسبة من السكر في البول ناتجة عن إفراط في الجلوكوز في الدم **.(Tazairt-chabane, 2002, P9)**

وتعرف منظمة الصحة العالمية السكري بأنه حالة إرتفاع نسبة السكر في الدم، أي التركيز المفرط للجلوكوز في الدم، والذي ينشأ عن كثير من العوامل الوراثية والبيئية **(Naudin & Gumback, 1995).**

كما يعرفه " **Chicouri" (1983، ص 9)** بأنه تناذر لفرط مزمن للسكر في الدم نتيجة لأسباب متعددة، فهو حالة لفرط مزمن للجلوكوز في الدم ناتج أساسا عن عجز في إفراز الأنسولين أو لسوء إستعماله. ويتفق معه " **Tazairt - chabane** " **(2002، ص 9)** بأن داء السكري مرض يتميز بإرتفاع نسبة السكر في الدم (فرط الجلوكوز في الدم **Glycemie**) لقيم تتعدى وتفوق القيم العادية (تساوي أو تفوق 1.26 غ/ل عند الصائم حسب **OMS**) وهذا الإرتفاع ناتج عن فقر نسبي أو مطلق في الأنسولين الذي يفرزها البنكرياس.

وتضع الباحثة تعريفا لمرض السكري أنه داء مزمن يتميز أساسا بإرتفاع مستوى الجلوكوز في الدم عن معدله الطبيعي. وينتج عن فقر في الأنسولين أو خلل في وظيفته الذي يمنع إستعمال الجلوكوز من طرف الخلايا مما يؤدي إلى ظهور فرط السكر في الدم والبول.

2-2 كيفية حدوث الإصابة بمرض السكري

ترتفع نسبة السكر في الدم نتيجة لوجود خلل في نظام إستغلال الطاقة في الجسم، فأثناء عملية الهضم تتكسر سلاسل النشا المركبة الموجودة في الحبوب والخضروات والفواكه لتتحول كلها في الغالب إلى الجلوكوز، غير أن الجلوكوز يعجز عن إختراق معظم خلايا الجسم ما لم يتحد مع الأنسولين وهو هرمون يفرزها البنكرياس في الجسم. وفي الظروف الطبيعية يصدرعن ما يتناوله الإنسان من طعام إشارة عصبية إلى البنكرياس لكي يطلق الأنسولين في الدم، وعند إتحادهما يدخلان سويا خلايا الجسم. فالأنسولين بمثابة العامل الذي يفتح الطريق أمام الجلوكوز ليمر لداخل الخلية، حيث يتحد مع مواضيع معينة على غشاء الخلية تسمى مستقبلات الأنسولين فينفسح الطريق للجلوكوز، حيث يتم حرقه للحصول على الطاقة وبدون الأنسولين يتراكم الجلوكوز في الدم دون الإستفادة به وتحدث الإصابة بمرض السكري **(العيسوي، 1994، ص 34).** فالأنسولين هرمون ضروري لحرق الجلوكوز تفرزها غدة البنكرياس، وتكمن مشكلة مريض السكر في نقص إفراز هذا الهرمون وأحيانا في ضعف مفعوله، ونظرا لذلك لا تتم الإستفادة من الجلوكوز كما ينبغي فيرتفع مستواها بالدم، ويظهر مع البول لأن الجسم يريد أن يتخلص منه وتحدث بذلك الإصابة بمرض السكري **(حسيني، 1994، ص 11).** إذا فإن النقص أو غياب الأنسولين يجعل من الجلوكوز غير قادر لإختراق الخلايا العضوية أوإستعماله من طرفها مما يؤدي إلى تراكمه في الدم وإفراطه، وهذا ما يسمى بفرط السكر في الدم **(Hyperglycemie)** وذلك عندما تتجاوز نسبة 1.80 غ/ل، عندها ينتقل الجلوكوز في البول **(Glycosurie)** وهنا تنشأ حالة مرض السكري **(Chicouri,P20).**

3-2 المظاهر الإكلينيكية العامة لمرض السكري

نميز خمسة أعراض أساسية لداء السكري وهي كثرة التبول، وكثرة شرب الماء، وكثرة الأكل، وفقدان الوزن والإحساس بالتعب **(Chicouri, P20-22).**

* كثرة التبول (Polyurie):

إن وجود إفراط للجلوكوز في الدم نتيجة للفقر في الأنسولين، خاصة إذا تجاوزت نسبة 1.80 غ/ل يؤدي ذلك إلى إنتشارها في البول، ولكي تتخلص منه العضوية ينتج عنها كثرة التبول خلال الفترة الصباحية والليلية.

* كثرة شرب الماء (Polydipsie):

إن الفقدان الكبير للماء يتولد عنه عطش شديد، مما يدفع المريض إلى كثرة شرب الماء التي تسبق أو تصاحب كثرة التبول.

* كثرة الأكل (Polyphagie):

ظهور جوع إلحاحي ورغبة كبيرة في الأكل.

* فقدان الوزن (Amaigrissement):

يلاحظ نقص في الوزن رغم كثرة الأكل، ذلك يرجع لعدم إستعمال الجلوكوز. ودخيرة العضوية لهذا المادة تتواجد في الدورة الدموية بصفة مكثفة، وهذا ما ينتج فقدان الوزن الظاهر والمفاجئ.

* الاحساس بالتعب (Fatigue):

الإحساس بإنهاك وتعب شديد وعام يمس الجانب الجسدي والنفسي والجنسي.

إن ظهور مختلف هذا المظاهر الإكلينيكية الأساسية لداء السكري ترجع إلى وجود فقر في الأنسولين وبالأخص غيابه. وبالإضافة إلى هذا الأعراض الأساسية تلاحظ مظاهر أخرى نلخصها فيما يلي (Petrides et al, 1980, P65):

- عدم إلتئام الجروح بسهولة.
- الصداع المصحوب بالدوار والغثيان.
- كثرة العرق والرعشة.
- عدم وضوح الرؤية أو إضطراب في الإبصار.
- إضطرابات جلدية وحكاك قوي في المهبل وفي الأماكن التي توجد فيها ثنيات مثلا تحت الإبط والثدي.

2-4 أنواع مرض السكري

يصنف عالميا مرض السكري إلى نوعين: داء السكري المعتمد على الأنسولين "Diabète insulino-Dépendant " ويرمز له بـ"DID"، وداء السكري غير المعتمد على الأنسولين "Diabète non insulino-Dépendant" ويرمز له بـ DNID. ويطلق على داء السكري المعتمد على الأنسلولين(DID) أيضا بمرض السكري من النمط I (Diabète de type I) ويصيب الصغار والشباب وغالبا ما يظهر قبل سن الأربعين. ظهوره يكون مفاجئ خلال بضع أيام أو بضع أسابيع. وينتج عن شذوذ في إفراز الأنسولين من طرف البنكرياس، أي وجود نقص هام في الأنسولين مع فرط نسبة الجلوكوز في

الدم. ومن أعراضه الأساسية عطش غير عادي مع كثرة شرب الماء، وكثرة التبول، وإنهاك وتعب شديد وعام (جسدي، ونفسي وجنسي)، والإحساس بالجوع وفقدان هام في الوزن وحكة جلدية عامة أو تناسلية (أحيانا وجود إصابات نتيجة للحكة)(**Damiens-Delloye, 1985, P21-33**). يرجع هذا النوع من مرض السكري إلى إصابة للبنكرياس نتيجة لعوامل فيروسية، مناعة- ذاتية أو لعوامل وراثية(**Dejours, 1977 , P36**).

وداء السكري غير المعتمد على الأنسولين (**DNID**)، ويطلق عليه أيضا بداء السكري من النمط **II** (**Diabète de type II**) يصيب أكثر الراشدين. ويظهر في سن متأخر (حوالي سن الخمسين) وكثيرا ما يصيب الشخص البدين والذي لديه سوابق عائلية للإصابة بالسكري. ويرجع هذا النوع من المرض إلى شذوذ في إستقبال الأنسولين على مستوى الأعضاء أي مقاومة الخلايا لنشاط الأنسولين. وتتميز أهم أعراضه بتناذر كثرة التبول وشرب الماء، والتعب والإجهاد، وفقدان الوزن، وإضطراب الرؤية، وفقدان الإحساس على مستوى اليدين والرجلين والإصابة بعدوى مرضية متكررة. وهناك ثلاث عوامل أساسية مسؤولة عن ظهور هذا الداء منها العوامل الوراثية، عوامل إستعدادية ترتبط بالوسط وأسلوب الحياة وعوامل مفجرة (**Damiens-Delloye, 1985, P21 , 35**).

5-2 التشخيص الأيجابي لمرض السكري

يعتمد التشخيص على فحص الأعراض الإكلينيكية للمرض أهمها كثرة التبول، وكثرة شرب الماء، وكثرة الأكل، وفقدان الوزن والتعب والإنهاك الجسدي والنفسي. عندما تستمر هذا الأعراض لعدة أيام وعدة أسابيع، هنا يجب إجراء تحاليل للدم والبول لتأكيد وجود السكر بتركيز مفرط وبالتالي تشخيص مرض السكري. ويتم بعدها إستجواب المريض بالإضافة إلى الأعراض المعاشة عن وجود وراثة للمرض أو سوابق مرضية ووراثية.

كما يعتمد التشخيص على فحص بيولوجي يرتكز أساسا على تقدير الجلوكوز في الدم عند الصائم (**glycémie à jeûne**) فإن كانت تساوي أو تفوق 1.40 غ/ل عند إجراء فحصين متتالين يكون تشخيص مرض السكري مؤكد. وقياس كمية الجلوكوز في البول، فهي طريقة للمتابعة أكثر منها طريقة للتشخيص لأن وجود السكر في البول (**glycosurie**) لا يظهر إلا عندما تكون نسبة السكر في الدم تفوق 1.80 غ/ل (**Khalfa , 2001, P7**).

2-6 الأسباب العامة لمرض السكري

يتميز داء السكري بإرتفاع في نسبة السكر في الدم، ويرجع ذلك إلى نقص وإفتقار في الأنسولين نتيجة لهدم الخلايا البائية (B) للبنكرياس والمسؤولة عن إفرازه. وإن أسباب ذلك يعود لوجود مجموعة كبيرة من العوامل يبدو أنها مرتبطة بظهور المرض منها عوامل وارثية، مناعية وعوامل بيئية.

إن الطابع الوراثي لمرض السكري معروف، فقد أظهرت عدة دراسات أهمية العوامل الوراثية في ظهور المرض منها أعمال "**Joslin's**" **(1971)** و"**Pyke**" **(1976)** و "**Scholz** " وآخرون **(1975)** نقلا عن **(Petrides et al, P41)** فإحتمال الإصابة يكون أربعة مرات أكبر لدى التوائم المتماثلة مقارنة بالتوائم غير المتماثلة. كما أن وجود فرد في العائلة يعاني من مرض السكري يمثل عامل خطر. فقد توصلت التقديرات المختلفة أن إصابة الأم تكون عامل خطر يقدر بـ 6 إلى 10% لمرض طفلها، مقابل نسبة بين 2 إلى 3% إذا كان الأب مصاب، لتصل النسبة إلى 30% إذا كان الوالدين يعانون من مرض السكري وبالأخص الداء المعتمد على الأنسولين.

إن وراثة مرض السكري متعددة العوامل، فالنقل الوراثي للمرض يرجع لعدة جينات مسؤولة. حيث سمحت دراسة المجموعة الخاوية **H.L.A (Human Leucocyte Antigen)** بالكشف عن وجود عوامل من نوع " **B8** "، " **BW15** "، " **DW4** " متكررة لدى مريض السكري (خاصة **DID**). فوجود مثل هذا العوامل من الجانب الوراثي تجعل الفرد أكثر عرضة لخطر الإصابة بالمرض خاصة عند تضافرها مع عوامل أخرى كالفيروسات **(Damiens-Delloye, P23)**.

كما أسفرت العديد من الدراسات ("**Gepts (1975)**"، "**Battazo**" **وآخرون (1974)** و"**Irvine**" **وآخرون (1976)** نقلا عن **(Petrides et al, P44)** وجود عوامل مناعية مسؤولة عن مرض السكري وبالأخص المعتمد على الأنسولين **(DID)** من نوع المناعة الذاتية (**Auto –Immun**)**.** فالعجز في الأنسولين يمكن أن يرجع إلى إصابة في الخلايا البائية (B) للبنكرياس متبعة في ذلك عملية يطلق عليها المناعة الذاتية **(Chicouri, P24)**.

وللعوامل البيئية أهمية في ظهور المرض، حيث يمكن للإعتداءات الخارجية أن تتدخل في سيرورات ظهور مرض السكري وبالأخص العدوى المرضية الفيروسية المسؤولة عن هدم الخلايا البنكرياسية، ومن العوامل البيئية الأخرى تتمثل في أسلوب حياة الفرد من حيث نظامه الغذائي، والكحول...إلخ. وسنعرض فيما يلي أهم هذا العوامل وعلاقتها بداء السكري.

يمكن لبعض الأمراض الفيروسية إحداث إصابات على مستوى البنكرياس وبالأخص في منطقة "**Ilots de langherans**" محدثة مرض السكري، منها فيروسات إلتهاب الكبد، مرض النكاف (**Oreillons**) وتؤثر مثل هذا الفيروسات على الأفراد الذين يحملون جينات خاصة لتطوير داء السكري (**Damiens- Delloye, P24**)**.** كما أن هناك بعض الأمراض الخطيرة للبنكرياس يمكن أن تؤدي إلى داء السكري منها إلتهاب البنكرياس المزمن خاصة الناتج عن الإفراط في الكحول الذي يؤدي بدورا إلى إتلاف الخلايا البائية وبالتالي ظهور المرض، وسرطان البنكرياس خاصة إذا أصاب ذيل البنكرياس يمكن أن يحدث السكري (**Chicouri, P24**).

وعن الإفراط في التغذية والبدانة في إحداث المرض، أظهرت العديد من الدراسات وجود إرتباط قوي بين البدانة ومرض السكري. وبينت بأن البدانة من العوامل الهامة لظهور داء السكري وبالخصوص غير المعتمد على الأنسولين (**DNID**)**.** فقد أسفرت دراسات كل من "**Fowlerg**" **(1970)**، "**West**" وآخرون، "**Conn**" وآخرون نقلا عن(**Dadran, 1979, P115**) بأن 4/3 من مرضى السكري من النمط II كانوا يعانون من السمنة. فالشخص البدين يظهر إنتاج مفرط للأنسولين يمكن أن يؤدي بدورا إلى إنهاك البنكرياس لدى الأفراد اللذين لديهم إستعداد**.** كما يمكن للتناول المزمن للكحول أن يؤدي إلى إصابة الكبد والبنكرياس وحدوث مرض السكري المعتمد على الأنسولين مع زيادة الدهون في الدم **(Damiens- Delloye, P24).**

وفي مجال الضغط الجسدي والنفسي، تبين أن الضغوط النفسية والعاطفية تعد عاملا هاما للإصابة بالسكر لدى الشخص الذي لديه إستعداد **(العسيوي، 1994، ص 36)**. **و**إن تراكم الضغط يمكن أن يساعد على ظهور داء السكري من خلال إثارة الجهاز العصبي السمباتي الذي يؤدي بدورا إلى زيادة إفراز الكاتيكولامين (**Catécholamines**) والتي تؤدي إلى زيادة إفراز الجلوكوز (**Petrides et al, P48**). وتساعد بعض الصدمات الجسدية والنفسية على ظهور داء السكري، فكثير من الحالات تصرح ظهور المرض فجأة بعد صدمة إنفعالية، وتبقي الميكانزمات المفسرة غير واضحة (**Damiens-Delloye, P24**)**.** فقد وضح " **Dejours** " **(1977)** أن ظهور مرض السكري يتبع ويلي في العديد من الحالات صدمة إنفعالية أو عاطفية خاصة وعنيفة، كما أن هناك علاقة بين التغيرات الهامة

في نسبة السكر في الدم أثناء التعرض للإنفعالات العنيفة والوضعيات الضاغطة. فقد وضح "**Cannon**" نقلا عن (**Dejours, 1977, P36**) بأن القطط أظهروا نسبة سكر عالية في البول (**glycosurie**) عندما يتم إستثارتهم أو نرفزتهم. بينما أظهر كل من "**Weiss**" و"**English**" نقلا عن (**Dejours, 1977, P36**) إرتفاع نسبة السكر في البول لدى لاعبين كرة القدم بعد مقابلة حاسمة، ولدى

الطلبة عند بذلهم مجهود كبير أثناء الإمتحانات. كما لوحظت نسب مرتفعة ومتكررة للسكر في الدم لدى الطيارين والجنود عند تعرضهم للمخاطر.

نستخلص مما تقدم تعدد العوامل السببية لظهور داء السكري منها عوامل إستعدادية كالوارثة وعوامل أخرى مساعدة كالبدانة، التعرض للعدوى الفيروسية والضغوط النفسية والصدمات.

2-7 مضاعفات مرض السكري

إن إرتفاع الجلوكوز بالدم إذا إستمر لفترة طويلة سواء بشكل دائم أو متكرر فإنه يضعف من حيوية الأنسجة ويفسدها بمواضيع متفرقة من الجسم فتظهر الشكوى من متاعب مختلفة وتبقي مزمنة منها مضاعفات على مستوى الأوعية الدموية، وتضم إرتفاع ضغط الدم بسبب تصلب الشرايين، والذبحة الصدرية وجلطة القلب، وتصلب شرايين المخ وجلطة المخ وتصلب شرايين الساقين. بينما تشمل مضاعفات على مستوى أعضاء الجسم المختلفة كإضطراب الرؤية، وإعتلال شبكة العين بسبب إصابة الأوعية الدموية، ومتاعب بمجرى البول وإعتلال الكلية السكري، وضعف الإحساس باللمس والوخز والحرارة، ومتاعب باللثة والأسنان والمفاصل. وعلى مستوى النشاط الجنسي يلاحظ إنتشار الشكوى من الضعف الجنسي بين مرضى السكري ويحدث ذلك نتيجة لتصلب شرايين منطقة الحوض **(حسيني، 1994، ص 14-18).**

بالإضافة إلى مختلف هذه المضاعفات، قد يتعرض مريض السكر للعدوى والإلتهابات المتكررة مثل الإصابة المتكررة بإلتهابات المثانة البولية، الأذن والجلد، الإصابة بالفطريات منها عدوى المهبل الفطرية. وبالنسبة للمرأة الحامل فقد تتعرض إلى الإجهاض أو ولادة مبكرة أو ولادة طفل ناقص الوزن. كما قد يتعرض مريض السكري لغيبوبة بسبب حدوث إضطراب حاد بمستوى الجلوكوز بالدم، فهي إما غيبوبة نقص مستوى الجلوكوز بالدم أو غيبوبة إرتفاع مستوى الجلوكوز بالدم **(حسيني، ص 18).**

وعلى المستوى النفسي يكون الشاب المصاب بداء السكري أكثر قلقا وعدوانية **(Chicouri, P80).** كما أن التعبير المباشر للقلق والإحباط لدى المريض يكون أساسا عضوي ويظهر على شكل إختلال توازن السكر **(Dejours, P38).**

يتجلي من خلال ما تقدم أهمية دراسة مرض السكري لكونه من الأمراض المزمنة ويطرح مشكل الصحة العمومية وزيادة نسبة إنتشاره، ومضاعفات هذا الداء خطيرة ومزمنة. وهو مرض متعدد الأسباب منها الوراثية، المناعية والبيئية. ويظهر أن الضغوط النفسية والصدمات التي يتعرض لها الفرد وبالخصوص ذوي الإستعداد للإصابة بالمرض دور مساعد في تفجير المرض.

3- الآدمان علĂ المخدرات

تعد مشكلة إدمان المخدرات واحدة من أخطر المشكلات النفسية الإجتماعية التي تواجه مجتمعات عديدة في العالم، وتحتل مكان الصدارة بين المشكلات الصحية على الصعيد العالمي. فأخطارها وآثارها تهدد الفرد والمجتمع. كما تنطوي المشكلة على أبعاد متعددة إذ تتضمن جوانب طبية ونفسية وإجتماعية واقتصادية وقانونية وقضائية، مما يستوجب تضافر جهود كل الهيئات بهدف مقاومتها.

وتنتشر هذه الآفة الإجتماعية في مختلف الطبقات، وتهدد الأفراد في مختلف مراحلهم العمرية غير أنها أكثر شيوعا لدى الشباب، ومن بينهم طلاب المدارس والجامعات. ومن خطورة هذه المشكلة أيضا أنها أكثر شيوعا لدى الذكور عنها لدى الإناث، وتزايد الإقبال على تعاطي مواد مخدرة أشد خطورة (الهيروين). كما يقترن إدمان المخدرات بوقوع العديد من المشكلات والأمراض الإجتماعية الأخرى كسوء التوافق الإجتماعي، وتفاقم السلوك الإجرامي كالعنف والسرقة والإغتصاب والقتل، يرتكبها متعاطوا المواد المخدرة. كما لها إنعكاسات أخرى كتدهور الصحة الجسيمة والنفسية والإنتحار.

لكل هذه الإعتبارات وجدنا أنه من الضروري أن نتعرض لأهم جوانب هذه الظاهرة، وذلك من خلال التطرق إلى تعريف أهم المفاهيم المتصلة بإدمان المخدرات كتعريف الإدمان لغة وإصطلاحا، ومظاهره، ومراحل حدوث الإدمان، وتعريف المخدرات وأنواعها، ومعايير التشخيص وأخيرا التطرق إلى الأسباب والدوافع العامة المسؤولة عن إدمان المخدرات.

3-1 تعريج الآدمان

الإدمان مصدر فعل أدمن والمقصود به إعتياد وتعود، وإعتماد الإنسان على شيء معين بغض النظر عن نفع أو ضرر هذا الشيء. وقد يكون سلبي كالإدمان على المخدرات، وقد يكون إيجابي كالإدمان على المطالعة والبحث **(دردارÛ 2001Û ţ 60).** فالإدمـان أو المداومة، فهو مداومة على عادة تعاطي مواد معينة أو القيام بنشاطات معينة لمدة طويلة، بقصد الدخول في حالة من النشوة أو إستبعاد الحزن والإكتئاب **(العيسويÛ 1993Û ţ 107).**

وتعرفه " **منظمة الصحة العالمية** " بأنه حالة نفسية وعضوية تنتج من تفاعل الفرد مع عقار ومن نتائجها ظهور خصائص تتسم بأنماط سلوكية مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة مستمرة أو دورية للشعور بإثارة نفسية وعضوية ولتجنب الآثار المهددة المؤلمة التي تنتج من عدم توفره، وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة **(ƺباريÛ 1999Û ţ 09).**

كما يعتبرا "**رشاد أحمد عبد اللطيف**" **(1999، ص 37)** أنه حالة تسمم مزمنة ناتجة عن الإستعمال المتكرر للمخدر، ومن خصائصه ما يلي:

- تشوق وحاجة مكرهة لتعاطي المخدرات والحصول عليها بجميع الوسائل.
- نزعة لزيادة الكميات.
- خضوع وتبعية جسدية ونفسية لمفعول المخدر.
- ظهور عوارض النقص عند الإنقطاع الفوري عن المخدر إختياريا كان أم إجباريا.
- تأثيرات مؤذية للفرد والمجتمع.

ويقصد بالإدمان حسب " **عفاف محمد عبد المنعم**" **(1998، ص 33)** بأنه التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية لدرجة أن المتعاطي يكشف عن إنشغال شديد بالتعاطي. كما يكشف عن عجز أو رفض للإنقطاع أو لتعديل تعاطيه. وكثيرا ما تظهر عليه أعراض الإنسحاب إذا ما إنقطع عن التعاطي، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى إستبعاد أي نشـاط أخر. ومن أهم أبعاد الإدمان ما يأتي:

- ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة وهو ما يعرف بالتحمل.
- وإعتماد له مظاهر فيزيولوجية واضحة.
- حالة تسمم عابرة أو مزمنة.
- رغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة بأية وسيلة.
- تأثير مدمر على الفرد والمجتمع.

وتعرفه الباحثة في هذا الدراسة بأنه حالة نفسية وعضوية تنتج عن تكرار تعاطي الفرد عقار محدد، بحيث يلتزم المدمن برغبة ملحة وقهرية للإستمرار في إستعمال هذا المادة لدرجة تدفعه للحصول عليها بأية وسيلة لعجزا عن الإنقطاع عن تعاطيها. وكثيرا ما تظهر عوارض النقص عند الإنقطاع عن المخدر نتيجة لتبعية جسدية ونفسية لمفعول المخدر.

3-2 مظاهر الإدمان

ينجم الإدمان عن حالة تعاطي متكرر لمواد معينة بشكل إعتمادي وهذا الإعتماد قد يكون نفسيا أو جسيما. فالإعتماد النفسي، حالة نفسية تحدث فيها المادة المخدرة قدرا من الرضى، ويترتب عليها ظهور دافع يدفع الشخص إلى التعاطي على أساس متقطع أو مستمر وذلك طلبا للمتعة أو تحاشيا للمتاعب. فهي بذلك تتضمن رغبة قاهرة في الإستمرار في التعاطي **(درويش، 1994، ص 248)**. أما الإعتماد الجسمي، فهو حالة جسمية تكشف عن نفسها عن طريق ظهور إضطرابات عضوية شديدة إذا مـا توقف الفرد عن

تعاطي مادة نفسية معينة. وتسمى هذه الإضطرابات في مجموعها زملة الأعراض الإنسحابية، وتتكون من عدد من الأعراض والعلامات النفسية والعضوية التي تنتظم بصورة خاصة تختلف مـن مادة نفسية إلى أخرى **(سويح، 1996، ص 20).** وهذه الأعراض الإنسحابية هي رد فعل فسيولوجي نتيجة مشروطة تطرأ بتوقف المتعاطي للمخدر فجأة. وتختلف هذه الأعراض بإختلاف نوع أو ضعف المخدر ودرجة الإعتماد عليه، من هذه الأعراض فقدان الشهية، القلق وعدم الهدوء، ضعف العضلات وفقدان الوزن، والتنفس السريع والإنفعال...إلخ. ومع التقدم في تعاطي المخدر تشتد هذه الأعراض لتصل إلى درجة حرجة كالتقيؤ، وإنقباض المعدة، والقشعريرة، وتصبب العرق والإسهال الشديد **(متولي، 2000، ص 26).** كما يمكن التخلص من هذه العلامات بعودة الشخص إلى تناول المادة النفسية ذاتها أو مادة أخرى ذات تأثير فارماكولوجي مماثل. ويعتبر الإعتماد الجسمي عاملا قويا في دعم الإعتماد النفسي وتأثيره في الإستمرار في تعاطي المادة النفسية أو في الإنتكاس إلـى تعاطيها بعد محاولات الإنسحاب**(سويح، 1996، ص 20).**

3-3 مراحل الإدمان

يمر الفرد حتى يصل إلى مرحلة الإدمان بثلاثة مراحل متتالية وهي مرحلة الإعتياد، ومرحلة التحمل، وأخير مرحلة الإدمان وتتمثل فيما يلي:

فيما يخص مرحلة الإعتياد، فهي تنجم عن التعاطي المتكرر لبعض الأدوية، والمواد المنبهة أو المثيرة ومن خلال الوقت يعتاد الفرد على تناول هذه المواد ويطلبها ويسعى إليها بإستمرار بحيث يصبح الأمر عنده أهم من قضايا كثيرة في حياته ونشاطاته **(مبيض، 1995، ص 234).** وفي مرحلة التحمل، يعتاد جسم الفرد على أثار هذه المواد فيتحملها بسهولة، ولذلك يخف تأثيرها على جسمه، فإذا به يطلب المزيد من الدواء ليحصل على الآثار الأولى نفسها من الإثارة واللذة. فالكمية التي يتعاطها في المراحل الأولى تصبح غير كافية التأثير وبالتالي يطلب المزيد وهكذا **(مبيض، 1995، ص 234).**

ويقصد بالتحمل التكيف للعقار بحيث يقل التأثير الذي تحدثه نفس الكمية منه بعد فترة من تعاطيه مما يقتضي تعاطي كميات أكبر للحصول على نفس الأثر **(درويش، ص 249).**

أما مرحلة الإدمان، فهي المرحلة التالية والخطيرة التي يصل إليها الشخص بعد مرورها بالإعتياد والتحمل، حيث يصبح في هذه المرحلة أسير هذا المخدر الذي يسيطر عليه جسديا ونفسيا، ويصبح غير قادر على الإستغناء عنه، وإذا إمتنع عنه تعرض لأثار سيئة جسدية ونفسية والتي تستمر حتى يتعاطي جرعة جديدة من المخدر **(مبيض، ص 235).** وفي هذه المرحلة أيضا يفقد المدمن السيطرة على نفسه

وتظهر مشكلات صعوبة التوافق مع الحياة الإجتماعية، وتبدأ علاقاته تسوء بأسرته وأصدقائه ومجتمعه، بالإضافة إلى الأضرار النفسية والصحية والعقلية **(عبد اللطيعÛ ţ 37).**

3-4 تعريع المخدرات

كلمة مخدر مشتقة أصلا من الفعل خدّر الذي يعني كل ما يؤدي إلى الفتور والكسل والإسترخاء والنعاس والثقل في الأعضاء، وقد تمنع الألم قليلا أو كثيرا **(دردارÛ ţ 36).** ويصف المعجم الوسيط المخدر بأنه المعطل للإحساس والمبدل للشعور والإدراك **(عبد اللطيعÛ ţ 35).**

ويعرف المخدر طبيا بأنه مجموعة العقاقير التي تؤثر على النشاط الذهني والحالة النفسية لمتعاطيها، إما بتنشيط الجهاز العصبي المركزي أو بإبطاء نشاطه أو بتسببيها للهلوسة أو التخيلات. وهذه العقاقير تسبب الإدمان وينجم عن تعاطيها الكثير من مشاكل الصحة العامة **(الفقيÛ دتÛ ţ 09).** أما "**منظمة الصحة العالمية**" فتعتبرها عقار ذو قابلية للتفاعل مع الكائن الحي، بحيث يؤدي ذلك التفاعل إلى الإعتماد النفسي أوالعضوي أو لكليهما **(عبد المنعمÛ 1998 Û ţ 48).**

كما تعرفه " **لجنة المخدرات للأمم المتحدة** " بأنه كل مادة خام أو مستحضرة تحتوى على مواد منبهة أو مسكنة من شأنها إذا إستخدمت في غير الأغراض الطبية أو الصناعية أن تؤدي إلى حالة من التعود والإدمان عليها، مما يضر بالفرد نفسيا وجسميا وكذا المجتمع **(3باريÛ 1999Û ţ 09).** ويضيف "**مصطفىĂ سويع**" نقلا عن **درويΣ** (1994Û ţ 249) في تعريفه للمخدر بأنه عقار سواء كان منشطا أو مهبطا أو مهدئا، يكون له تأثير على العمليات النفسية كالتفكير أو الحالة المزاجية أو السلوك.

وتعرفه الباحثة في الدراسة الحالية بأنه كل مادة طبيعة أو مصنعة تؤثر على الجسم وتغير وظائفه سواء بالتنشيط، التثبيط أوتسكين الألم والخمول. وإذا استخدمت في غير الأغراض الطبية وبصفة متكررة تؤدي إلى حالة من التعود والإدمان عليها وتسبب الأذى لمتعاطيها.

3-5 أنواŬ المخدرات

تم تصنيف المخدرات وفقا لأسس متعددة ، إلا أن أكثرها أهمية التصنيف على أساس نوع التأثير الذي تحدثه. وأمكن تصنيف المخدرات وفق تأثيرها على الفرد ووظائف أعضائه إلى أربعة أنواع رئيسية وهي، المهبطات وتسمى أيضا بالمثبـطات والمسكنات، وهي تضم المواد المسكنة للألم أو المنومة والمهدئة. فهي تتميز بتأثيرها المهبط على الإنسان، من أهم أنواعها المهدئات، والمنومات، والأفيون، والمورفين، والهيروين والمنشطات وتسمي أيضا بالمنبهات وهي مواد يسبب تعاطيها حالة من التهيج العام ومنها الكوكايين والكوكا، الأمفيتامينات والقات (**3باريÛ ţ 13-18**).

بالإضافة إلى المهلوسات، وهي مواد تؤدي إلى التشويه الحسي البصري وتغيير المزاج والتفكير، وإدراك الزمان والمكان. وهي عقاقير طبيعية أو مصنعة تعطي خداعا حسيا، وإذا تعاطاها الفرد بجرعات كبيرة فإنها تؤدي إلى الهلوسة. وأهم أنواعها عقار **L.S.D**، الميسكالين، الحشيش (أو القنب الهندي) والسيولسين (**عباري، ص 13-18**). وأخيرا المواد المتطايرة ويطلق عليها أيضا المستنشقات وهي المواد التي تتعاطى عن طريق الإستنشاق، وهي متنوعة نذكر منها سوائل التنظيف، والغازولين، والبنزين، ومزيل طلاء الأظافر والغراء **(دردار، ص 73).**

ضف إلى ذلك، فهناك ثلاث مصادر رئيسية للمخدرات منها الطبيعية تستخلص من النباتات والأنسجة الحيوانية مثل الحشيش والأفيون، وأخرى مصنعة مستمدة بمعالجة كيميائية للمواد الطبيعية مثل المورفين والهيروين **(درويش، ص 250).**

6-3 معايير تشخيص الإدمان على المخدرات

نظرا لأهمية كل من أعراض التحمل والإنسحاب في حالة الإدمان على المخدرات، فإن معايير تشخيص الإصدار الثالث المعدل للدليل التشخيصي الإحصائي **(DSM III R)** تتضمن المظاهر التالية **(شابرو، 2001، ص 12):**

- مادة سامة تؤخذ غالبا بكمية عالية أو على فترة من الزمن أطول من الفترة التي تصورها الفرد.
- رغبة ملحة في المادة السامة حيث لا تجدي الجهود للحد من إستخدامها أو مراقبتها.
- زمن طويل أنفق من أجل التزود بالمادة السامة وإستهلاكها والتمتع بأثارها.
- أعراض تسمم أو إنسحاب تحصل غالبا عندما يفترض بالشخص إنجاز مهام من جراء دورها في العمل، في المدرسة أو البيت.
- التخلي عن نشاطات إجتماعية أو ترفيهية مهمة أو الحد منها بسبب إستخدام المادة السامة.
- متابعة إستهلاك المادة السامة رغم معرفة بتفاقم المشاكل الإجتماعية والنفسية أوالجسدية القائمة أوالمرافقة من جراء إستخدام هذه المادة.
- الحاجة إلى كمية متزايدة من المادة السامة (زيادة على الأقل بـ 50 %) للحصول على تسمم معين أو على الأثر المرغوب. أو أثر يخف بوضوح في حالة إستعمال متواصل للجرعة نفسها.
- أعراض مميزة للإنسحاب.
- تؤخذ المادة السامة غالبا بهدف تخفيض أو تجنب أعراض الإنسحاب.

وتشخيص حالة الإدمان تتطلب على الأقل ثلاثة من المظاهر السابقة، وأن تستمر لشهر على الأقل، أو تحصل بصورة متكررة خلال فترة أطول.

3-7 الأسباب العامة المسؤولة عن إدمان المخدرات

ما هي الأسباب أو الظروف التي تدفع بعض الأشخاص إلى إدمان المخدرات ؟ معظم الباحثين الذين تصدوا لهذا السؤال قد أجمعوا فيما بينهم بأن الدوافع المؤدية إلى إدمان المواد المخدرة تتميز بالتعدد والتنوع والتعقيد والتركيب، بمعني أن دوافع التعاطي تتباين من مجتمع إلى مجتمع، ومن شخص إلى شخص. يحدث الإدمان في معظم الحالات نتيجة لتضافر مجموعة من الأسباب والدوافع تتفاوت فيما بينها من حيث شدة تأثيرها على الفرد. ويمكن أن نستخلص من البحوث التي تناولت هذا الجانب أن هناك أربعة عوامل مسؤولة عن إدمان المخدرات وهي التعرض للمخدر أو ما يسمى التعرض لثقافة المخدرات، وتوفر خصال نفسية في شخصية المتعاطي تجعله أكثر إستهدافا لإدمان المخدرات، وتوفر ظروف إجتماعية مهيئة للإدمان وصور التدعيم التي تقدمها المخدرات للمدمن. وسنتعرض لها لاحقا بشيء من التفصيل .

إن التعرض لثقافة المخدرات يمثل أحد العوامل التي تفسر منشأ سلوك الإدمان، بحيث تزيد من إحتمالات التعاطي. فالتعرض للمخدر يكون من خلال السماع عنها، ورؤيتها مباشرة، ووجود أصدقاء يتعاطون المخدرات أو وجود أقارب يدمنون المواد المخدرة.

وفي هذا السياق، فقد أجرى "**سويف**" **(1990)** نقلا عن **درويش (1994، ص 259)** دراسة مقارنة بين مجموعتين من طلاب الجامعات المدمنين وغير المدمنين للمخدرات، وكشفت النتائج أن المتعاطين كانوا أكثر تعرضا لثقافة المخدرات من غير المتعاطين، الأمر الذي يرجح وجود علاقة إيجابية بين التعرض للمخدر وإحتمالات الإدمان.

كما تعد سمات شخصية المدمن من أهم العوامل النفسية المهيئة لإدمان المخدرات، إذ يقدم معظم المدمنين على هذه التجربة نتيجة لعجزهم عن التوافق النفسي، والذي يبدو في مظاهر متعددة منها ضعف الشخصية والعجز عن الإستقلال، والميل إلى السلبية أو العدوان، وفقدان المهارات الإجتماعية اللازمة لإقامة علاقات ناجحة مع الآخرين، ومنها كذلك صعوبات في مواجهة خبرات الفشل العاطفي أو الدراسي والإصابة بمرض نفسي **(درويش، 265)**. وفي هذا الصدد، أجريت العديد من البحوث حول موضوع السمات والإتجاهات النفسية التي تميز شخصية المدمن. فقد أسفرت الدراسة التي قام بها " **Cockett** " نقلا عن **(سويف، 2001، ص 90)** بعدم وجود سمة مهيئة ، لكنه عثر على بعض العناصر في الشخصية تدخل في باب الإستعداد للتعاطي منها ضعف الإرادة، القلق، والإكتئاب والميل إلى توهم المرض.

يرى " **العيسوي** " **(1999، ص 377 - 383)** أن هناك عدة سمات تميز شخصية المدمن نذكر منها:

- الميل إلى فقدان الشعور بالثقة فـي نفسه واللجوء للإدمان لطلب الدعم.

- شخصية غير مكتملة النضج الإنفعالي والعاطفي.
- قليل الإعتماد على الذات ويسعي للحصول على إستحسان الجميع له وتقديرا.
- شخص غير قادر على تحمل الفشل والإحباط.
- شخص يعاني بالنقص والدونية.

كما أشار "**3باري محمد سلامة** " **(1999 Û ţ 46-52)** وجود العديد من السمات تميز المدمن من أهمها ما يلي:
- الإدمان كسلوك إنتقامي لتحطيم الذات وهذا هروبا من الواقع الذي يشعر المدمن بالفشل واليأس والنبذ.
- ضعف الذات وعدم الثقة بالنفس.
- المشاعر السلبية التي تشعر بها من قلق وتوتر وخوف وضعف، وكلها تدفع إلى إستجابة إنسحابية للهروب عن هذا المشاعر عن طريق الإدمان .
- الأمراض العقلية وإضطراب الشخصية.

وفي نفس السياق، أشار "**رشاد محمدɗ عبد اللطيحƐ** " **(Û1999 ţ 62 -63)** أن هناك ثلاثة أنماط لشخصية المدمن وتبدو مظاهرها فيما يلي، شخصية إنطوائية حيث يكون الشخص خجولا، وشديد الحساسية ويهرب من الناس لأنه لا يقدر على مواجهتهم. والشخصية السيكوباتية التي تأتي أفعالا لا إجتماعية ولا أخلاقية مثل السرقة والعنف...إلخ. أما الشخصية القلقة، فهي تتسم بعدم الصبر، والتعجل للأمور والإستثارة السريعة**.**

في إطار ما سبق عرضه يتضح أن العوامل الشخصية التي تؤدي إلى الإدمان على المخدرات يمكن إيجازها فيما يلي:
- عدم النضج الكامل للشخصية.
- ضعف الذات وفقدان الشعور بالثقة والدونية.
- عدم القدرة على تحمل الإحباطات والفشل.
- العجز عن الإستقلال.
- الميل إلى السلبية والسلوك الإنسحابي.
- الهروب من الواقع ومواجهة الإحباطات والضغوطات.
- ضعف المهارات الإجتماعية والخجل.
- الشعور بالقلق والتوتر والضعف.

تعتبر الظروف الإجتماعية من العوامل المسؤولة عن إدمان المخدرات، ونميز منها العوامل العائلية وتأثير جماعة الرفاق. حيث تلعب العائلة دورا مهما في حتمية تعاطي المخدرات أو في الوقاية منها، هذا

التعاطي يرتبط بعوامل مختلفة تتبادل التأثير كإدمان المخدرات من قبل الأهل، وحالتهم النفس- مرضية، والعلاقات الزوجية، وعلاقات الأهل بالأطفال والوضع العائلي. فقد أظهرت دارسة "**Choquet**" ومعاونوا **(1990)** نقلا عن **(شابرولÛ ţ 70-74)** أن الثانويين الذين يكون أحد والديهم مصابا بمرض عقلي يكونون أكثر من غيرهم عرضة لإستهلاك المخدرات، خاصة أطفال الأهل المكتئبين عليهم خطر متزايد للوقوع في إضطرابات مرتبطة بإستعمال مواد مخدرة.

ومن أهم الظروف الإجتماعية المهيئة لتعاطي المخدرات، هي أن أغلب المدمنين ينتمون إلى أسر مفككة ومضطربة، وتبين أن المظاهر الآتية تمثل أكثر مظاهر الإضطراب العائلي شيوعا فـي أسر المتعاطين **(درويŠ Û ţ 263-264):**

- إتباع أسلوب الشدة في معاملة الأبناء، حيث يزيد في هذا الأسر أنواع خاطئة من العقاب مثل الضرب أو طرد الأبناء من الأسرة.
- وقوع الطلاق أو الإنفصال بين الوالدين.
- الإنحلال الخلقي داخل الأسرة وضعف القيم الدينية.
- توتر العلاقات الأسرية خاصة بين الأب والأم، وبين الأب والأبناء.
- التدليل الزائد للأبناء خاصة عند غياب أحد الوالدين، وهو غالبا ما يحدث عند سفر الأب للعمل بالخارج، وما يعقب ذلك من إنعدام الرقابة على تصرفات الأبناء.
- إقامة الأبناء بعيدا عن الأسرة، وهو أمر تفرضه ظروف معينة مثل الإقامة في المدن الجامعية أوالسفر إلى الخارج بهدف العمل أو التعليم.
- وفاة الأب أو الأم.

وفي نفس السياق، وضح كل من "**Leselbaum**" ومعاونوا **(1984)** نقلا عن **شابرول (2001Û ţ 75-76)** أن التفكك العائلي بالموت أو بالإنفصال أو بالطلاق هو عامل يعرض للإسراف في المخدرات في سن المراهقة، وتجربة المواد غير المشروعة تحصل مرتين أكثر في العلائلات المفككة. كما يرتبط الخلاف بين الوالدين بإستعمال المخدرات في سن المراهقة، وتوصل كل من "**Stoker**" و"**Swadi**" **(1990)** نقلا عن **شابرول (2001)** أن الشجار بين الوالدين يحصل عند مستعملي المخدرات أكثر مما يحصل عند الآخرين وذلك بصورة دالة. كما لاحظ "**Leselbaum**" ومعاونوا **(1984)** نقلا عن **شابرول (2001Û ţ 75-76)**وجود علاقة بين إستعمال المخدرات والرقابة العائلية، فوالدي المدمنون الشباب يمارسون القليل من الرقابة على خروجهم وعلى عملهم المدرسي.

وعن تأثير جماعة الرفاق، فقد إتضح من كثير من الدراسات أن الكثير من الشباب الذين أدمنوا المخدرات كان ورائهم أصدقاء السوء، فالرغبة في التقليد ومجاملة الأصدقاء والمجاراة، أو التفاخر

بالرجولة والتظاهر بالشجاعة والجرأة، كل ذلك يزين طريق المخدرات **(باري، ص 56).** كما أشار"**Monnheiem**" نقلا عن**(عبد اللطيف، ص 77)** إلى أن جماعة الأصدقاء تلعب دورا بارزا في تشكيل الفرد وتعاطيه المخدرات، من خلال نظرة المراهق إلى زميله المدمن، شعورا بأنه مهم، والرغبة في تقليدا فمخالطة رفاق السوء يؤدي إلى تعاطي المخدرات**.** في هذا الصدد، لاحظ "**Kandel**" ومعاونوا (**1986**) نقلا عن **(شابرول، ص 69)** وجود إرتباط قوي بين إستهلاك المخدرات وجماعة الرفاق، وإن البدء بإستعمال المخدر يحدث غالبا تحت تأثير صديق قريب أكثر مما يحصل من قبل عرض شخص غريب، وهذا النتائج تفسر وجود إرتباط بين إستعمال المخدرات وتأثير الرفاق**.**

كما إتضح أن لصور التدعيم التي تقدمها المخدرات للمتعاطي علاقة بالإدمان، حيث يعتاد المتعاطي تناول المخدرات نظر لما تسببه هذا المواد من أثار نفسية سارة أو مخفضة للتوتر النفسي أو الألم الجسمي. وأهم هذا المدعمات خفض مستوى القلق المصاحب لتوقع خبرة مؤلمة، والتخاص من الأثار الدورية لأعراض الإنسحاب وخفض مستوى الدافعية وفقدان الحماس هروبا من الضغوط المؤلمة **(درويش، ص 267).** فالأفراد يتعاطون المخدرات ليخفضوا من مشاعر الألم، والغضب، والضيق، واليأس وخاصة القلق، فالمخدرات تساعد على خفض كل من هذا الأنواع من المشاعر، كما أن الأفراد الذين يدمنون عليها يحصلون على جانب كبير من التعزيز الإيجابي وبالتالي فهم يميلون إلى الإدمان عليها مرات ومرات عديدة ومتتالية، فالمدمن يرتبط بالمخدر نظرا لما يحدثه من أثار مفرحة ومخفضة للقلق والتوتر، وهذا ما يجعله يعيد إستخدام المخدر للحصول على نفس التعزيزات وقد يضطر إلى زيادة الجرعة **(عبد المنعم، 1998، ص 77-79).**

ومن الأسباب الأخرى التي تساعد على إنتشار المخدرات عوامل التأثير بالحضارات الأخرى كالتقليد والمحاكاة في العادات والقيم الإجتماعية عن طريق الإحتكاك المباشر بالزيارة أوالعمل، أوعن طريق وسائل الإعلام من صحف، وإذاعة مسموعة ومرئية وأفلام فيديو، كما أن البطالة وعدم وجود فرص العمل المناسب الأمر الذي يدفع العاطل للإنحراف بغرض الهروب من الواقع المؤلم والشعور بالإحباط مع عدم وجود شيء مفيد يملئ أوقات الفراغ، وتدفع أوقات الفراغ الطويلة بعض الشباب إلى تعاطي المخدرات لأحداث أمزجة ومشاعر خاصة تساعدهم على الإستمتاع بأوقات الفراغ، وسوء إستغلال وقت الفراغ وعدم توفر وسائل الترفيه يؤدي للإنزلاق لهاوية الإدمان **(متولي، 2000، ص 19- 22).**

4- الانتحار ومحاولات الانتحار

يمثل الإنتحار ومحاولات الإنتحار من أخطر المشكلات التي تقلق الباحثين وأفراد المجتمع ككل، وهو موضوع من المواضيع الرئيسية المطروحة على مستوى الصحة العمومية، ولعل ما يزيد من خطورة

هذا الظاهرة ويستدعي دراستها، هو تضاعف الأرقام الإحصائية التي تسجلها سنويا منظمات الصحة الدولية والعالمية فإنه لا تمر دقيقة ونصف إلا وإنتحر فرد في هذا العالم. وتشير الإحصائيات الدولية أن الإنتحار اليوم يعتبر من الأسباب الرئيسية للوفاة خاصة بين فئات الشباب التي تتراوθ أعمارهم من 15 و24 سنة.

عموما، يعتبر الإنتحار ومحاولات الإنتحار مشكلة إجتماعية وشخصية ذات عواقب وخيمة، تشير إلى إختلال في الشخصية وإضطراب صحتها النفسية، كما توحي من الجانب الآخر إلى إختلال البنية الإجتماعية للمجتمع. وعلى هذا الأساس تطرقنا في هذا الفصل إلى تعريف الإنتحار ومحاولات الإنتحار لغة وإصطلاحا، ذكر وظائفه، والوسائل الإنتحارية المستعملة، و عرض مختلف الأشكال العيادية للإنتحار. ثم تناولنا علاقة الجنس بالإنتحار ومحاولات الإنتحار، كما تطرقنا إلى السلوكات الإنتحارية والإضطرابات العقلية، وعلاقة اليأس والإكتئاب بالإنتحار. وأخيرا عرض مختلف العوامل السببية والدوافع النفسية لهذا الظاهرة.

4-1 تعريف الانتحار ومحاولات الانتحار

يعني الإنتحار لغة عملية قتل الذات بذاتها، وهو مفهوم مشتق من كلمة مركبة من أصل لاتيني من فعل " **Caedere** " بمعنى يقتل، والإسم "**Sui**" بمعنى النفس أو الذات. وفي الفرنسية "**Suicide**" Û وفي العربية يفيد الإنتحار معنى مماثلا، فالكلمة مشتقة من فعل " نحر " أي ذبح وقتل. وإنتحر الشخص أي ذبح نفسه وقتلها **(الجيوΣ Û دت Û ţ 23).**

ويعرف الإنتحار فـي " **المعجم الكبير لعلم النفس**" بأنه " فعل قتل الذات " **(Acte de se donner soi-même la Mort)** قد يكون فعل عقلاني ينفذ وفقا لإعتبارات أخلاقية وإجتماعية ودينية أو شخصية، أو فعل مرضي يظهر أثناء تطور العديد من الإضطرابات العقلية كالإكتئاب، والهذيان المزمن وحالات الإضطهاد، أو قد يرجع إلى أزمة وجودية حادة على شكل نوبات قلق وعدوانية موجهة نحو الذات **(Bloch et al , 1993, P763).**

أما " **دوركايم**" فيعتبرا كل حالات الموت التي تنتج مباشرة أو غير مباشرة عن فعل ينفذا الضحية بنفسه**.** ويضيف "**هليفاكس**" نقلا عن **(الجيوΣ Û ţ 23 -24)** في تعريفه للإنتحار بأنه حالة الموت الناتج عن فعل يأتيه الضحية بنفسه بقصد قتل نفسه، أي هو موت إرادي يقدم عليه الفرد للخلاص من مشاكله وصعوباته غير المحتملة التي نشأت من حياته**.**

نستخلص من مختلف هذا التعاريف للإنتحار بأنه الفعل الذي يصدر عن الفرد ويختار فيه الموت لنفسه طوعيا إراديا ورغبة في التخلص من إشكال غير محتمل. فالإنتحار هو قتل الذات شعوريا، يقوم فيها القاتل بقتل نفسه عمدا، لكن الإنتحار لا ينجح دائما يمكن أن يفشل وبذلك تصبح محاولة إنتحار.

وتعرف بأنها محاولة تدمير الذات بفعل الذات، فإذا لم يخرج عن نطاق المحاولة كان سلوكا وإذا إنتهت الحياة كان إنتحارا **(الجيوΣ Û ţ 25).** فمحاولة الإنتحار هي عمل إنتحاري لا يكون مميتا، ومن الجائز أن يكون بسبب قصد تخريب للذات **(الحجارÛ 1998 Û ţ 162).** **و**تعرف الباحثة محاولة الإنتحار في البحث الحالي بأنها محاولة فاشلة لقتل الذات إراديا.

4-2 وظائف الآنتحار

للإنتحار عدة وظائف أهمها وظيفة النداء يهدف الفرد من خلالها إلى طلب تدخل الآخر، إنه نداء إستغاثة، ونداء مساعدة، ونوع من رسالة يائسة موجهة لمحيط غير مبالي أو عدواني، إنه نداء للآخر لكي يتدخل ولتغيير البيئة الإجتماعية. أما وظيفة الهروب فيهدف الفرد من خلالها تجنب وضعية غير مقبولة أو أليمة جدا، أي محاولة المنتحر الهروب من وضعية صعبة تبدو بدون حل أو مخرج وهي إما آلام مزمنة حادة (مثل إنتحار بعض مرضى السرطان) أو فقدان موضوع ما أو مواجهة مشكل حياتي صعب **(Bloch et al,1993,P763)**.

كما يؤدي الإنتحار وظيفتي الإعتداء الذاتي والإعتداء على الآخر، فالأولى هي الوظيفة الأكثر تواترا حيث يمثل الإنتحار سلوك عدواني حقيقي موجه نحو الذات، وذلك من خلال إنقلاب لعدوانية شديدة تجاه الذات مثل حالات الإكتئاب المالنخولي والفصام. أما في الوظيفة الثانية فيتجه هذا النوع من الإنتحار نحو الآخرين وذلك بجعلهم يتألمون عن طريق الإلحاق بهم العار أو تهديدهم، وهو كثير التواتر لدى المراهقين مفادها " لي الموت ولك الندامة" **(A moi la mort, à toi le remort)** فهو وسيلة للإعتداء على الآخر **(Kacha,2001,P07).**

4-3 الوسائل الآنتحارية

يقول " **ثورنر**" إن وسيلة الإنتحار لا تعتمد على المصادفات اليومية الحياتية بل على ما يجول في فكرة المنتحر من خيالات وأفكار، ووجد " **باتشيلور**" أن الوسيلة التي يلجأ إليها المنتحرون تتعلق بسهولة ولين الحصول عليها، ويضيف " **البورƵ** " بأن الوسيلة التي يختارها الشخص لابد أن يكون لها طابع شخصي ورمزي **(نقلا عن الجيوΣ Û ţ 161 -162).**

عموما، صنفت الوسائل الإنتحارية على أساس درجة الخطورة نتيجة إستخدامها إلى قسمين كبيرين وهما، وسائل قوية ذات فاعلية سريعة خطيرة منها الغرق، القفز من إرتفاع، مقذوف ناري، شنق، سموم أو إستخدام أكثر من وسلية. ووسائل ضعيفة ذات فاعلية بطئية كالقفز من إرتفاع لا يتعدى طابقين، عقاقير مسكنة أو منومة أو نزف دموي، بإستخدام ألة غير حادة في قطع الشرايين، وإن إختيار الوسيلة العنيفة والمؤلمة في الإنتحار يكون على الأغلب من قبل الرجال، وربما يتعلق ذلك بشعورهم بالإثم، وضرورة معاقبة أنفسهم، كما أن المنتحرين إستخدموا وسائل إنتحارية خطيرة ذات فاعلية في إحداث الموت فورا كالموت غرقا، والشنق بأسلاك أو أحبال قوية **(الجيوΣÛ ţ 161-162) .**

فيما يخص الوسائل الإنتحارية في الجزائر فإن الوسائل الأكثر إستعمالا في حالات الإنتحار هي تناول العقاقير النفسية، والقذف من النوافذ، والتسمم، وإستعمال الأسلحة البيضاء، والغرق ومواد التنظيف. أما الوسائل المستعملة في محاولات الإنتحار فهي تناول العقاقير النفسية ومواد التنظيف مثل ماء جافيل، وروθ الملح وشق الوريد **(Kacha ,1996 ,P274).**

4-4 الأشكال العيادية للإنتحار

إن عامل العمر فقد أهميته وأصبح الإنتحار سائدا في جميع مراحل العمر، غير أن دوافعه تختلف. فيما يلي أهم الأشكال العيادية:

* إنتحار الأطفال:

إن إنتحار الأطفال قليل ولكنه غير نادر ودوافعه تختلف عنه عند الكبار أهمها القلق، والإكتئاب، والنزاع، والتفكك العائلي وموت الأقرباء **(الجيوΣÛ ţ 158)Û** ويمس أطفال قبل سن العاشرة وغالبا ما يصاحب فكرة عقاب الوالدين **(Kacha, 1996, P275).**

* إنتحار المراهقين:

فهو في تزايد مستمر نظرا لتراكم الصعوبات العائلية والإجتماعية للمراهق والتي تصاحب إندفاعيته، ويأسه وإحباطاته الشخصية، مما يدفعه إلى إرتكاب الفعل الإنتحاري الذي يصعب التنبؤ به، لأن المراهق حالما يفكر في الإنتحار ينتقل إلي الفعل فورا وفي الحال. ويعتبر الإنتحار إحدى الأسباب الأولى لموت المراهقين في البلدان الصناعية **(Kacha,1996,P275).**

*** إنتحار المسنين:**

فهـو أقـل إنـتـشارا فـي الجـزائر نظرا لوجود إندماج إجتماعي واضح للأشخاص المسنين **(Kacha, 1996, P275)**. فالإنتحار لدى الأشخاص المسنين يرتبط في بعض الحالات بإضطرابات عقلية مثل المالنخوليا والهذيان. وفي غالبية الحالات يرتبط الأمر بأزمة وجودية تعبر عن حالة عصابية أو إكتئاب إرتكاسي ناتج عن صدمة عنيفة ومالها من أثر وجداني مؤلم **(Bloch et al, 1993, P763)**.

*** مكافئ الانتحار:**

بعض السلوكات العدوانية الموجهة نحو الذات مثل رفض الغذاء والعلاج، وبعض السلوكات الإدمانية والكحولية، الإفراط فـي السرعة، يمكن إعتبارها كرغبات واعية أو غير واعية للموت **(Kacha,1996, P275)**. ويظهر عالميا أن الفئة العمرية الأكثر عرضة للإنتحار ومحاولات الإنتحار هي فئة المراهقين والشباب **(Kacha, 2001, P06)**.

4-5 الجنس في الانتحار ومحاولات الانتحار

تقريبا في كل بلدان العالم يظهر أن نسبة الإنتحار لدى الذكور أكبر منها لدى الإناث، ذلك لأن هذا الفئة أكثر إستعمالا لوسائل إنتحارية أكثر عنفا مثل الشنق، وشق الوريد والمسدس **(Kacha,2001,P6)**، ويظهر أن محاولات الإنتحار بين النساء أكثر من الرجال، والإنتحار التام أقل بين النساء عادة **(الجيوسي، 159)**. في نفس السياق، يشير " **عبد الرحمن** " **(2000، 341)** بأن عدد محاولات النساء للإنتحار ضعف محاولات الرجال، إلا أن نسبة نجاح الرجل في الإنتحار تتراوح بين ثلاث أو أربع أمثال نسبة نجاح المرأة، ويرجع ذلك إلى إستخدام الرجال لأساليب تتميز بالعنف كالشنق وإطلاق الرصاص أو القفز من أماكن عالية، في حين تلجأ النساء إلى الموت بالسم أو الإفراط في تناول المخدرات. نستخلص مما تقدم أن الإنتحار يرتبط إيجابيا بالجنس الذكري وسلبا بالجنس الأنثوي، في حين أن المحاولة الإنتحارية أكثر شيوعا لدى النساء من الرجال .

4-6 السلوكات الانتحارية والاضطرابات النفسية

إن وجود إختلال في التوازن النفسي للفرد تجعل من عوامل خارجية غير ضارة بإمكانها إحداث فعل إنتحاري، لذلك فإن بعض حالات الإنتحار هي أعراض لإضطرابات نفسية فأكثر من 40% من المنتحرين قام بها مرضى ذهانيين، وأكثر من 20% من المرضى النفسيين يظهرون سلوكات إنتحارية **(Kacha,1996,P276)**. كما أظهرت دراسات حديثة أن 95 % من المنتحرين يعانون من إضطرابات عقلية أهمها إضطرابات المزاج ثم إضطرابات القلق. ففي دراسة أجراها كل من" **Goodwin** " و"**Jamson**" **(1990)** نقلا عن **(Kacha,2001,P8)** على 9389 مريض، وجدا نسبة 18.9 % من

مجموع العينة قد ماتوا منتحرين. ومن هذا الإضطرابات العقلية التي تدفع المصاب إلى الإنتحار نميز منها ما يلي **(Kacha,2001,P8)**:

*** المالنخوليا والاكتئاب الشديد:**

الإنتحار من أعراض الإكتئاب، فالبحث عن الموت في مثل هذا الحالات موجود بصفة مستمرة بل إستحواذية لدى المريض. ونظرا لسهولة إقتناء مضادات الإكتئاب ورفض المريض وعائلتهم للإستشفاء يجعل اللجوء إلى الفعل الإنتحاري كثير التواتر. لذلك يبقى إستشفاء المكتئب أحسن إجراء وقائي.

*** الفصام:**

يمكن للأخطار الإنتحارية لدى هذا الحالات أن تتخذ سياقات متعددة عند بداية المرض، أثناء إنفجارات القلق المصاحبة للإضطراب، أثناء العلاج بـ "**Neuroleptique**" لمدة طويلة، عند ظهور حالة إكتئابية وعدم الإستقرار الحركي الذي يعجل الفعل الإنتحاري. وقد يظهر الخطر الإنتحاري أثناء حالات الهذيان قد تصل إلى الموت.

*** حالات الإدمان على المخدرات والكحول:**

الإنتحار ومحاولات الإنتحار في مثل هذا الحالات موجودة .

*** الحالات الهذيانية المزمنة:**

تضم حالات البرانويا وبالأخص الذين يعانون من الشعور بالإضطهاد.

*** إضطرابات الشخصية:**

تشمل الحالات الحدودية، والعصاب المهيكل أو لا، والسيكوباتية وهي أكثر الشخصيات المرضية تواترا في الإنتحار. وتعتبر العوامل مثل الإندفاعية، والقلق، والميولات الإكتئابية ووجود علاقات صراعية مع المحيط ذات أهمية لابد أخذها بعين الإعتبار.

*** حالات الصرع:**

لقد أظهر "**Kacha**" **(2001)** بأن 20 % من حالات الإنتحار في مصلحة الإنعاش للمصحات الإستشفائية هم مرضى الصرع، ذلك لأن هؤلاء المرضى غالبا ما يظهرون حالات غـيبوبة خطيرة نظرا لخضوعهم لعلاج بجرعات هامة لأدوية **Barbituriques** و**Psychotropes**، ويبدوا أن الفعل الإنتحاري هو إستجابة عدوانية موجهة نحو الذات، أو إكتئاب لشعورهم بعدم الشفاء.

4-7 اليأس والإكتئاب والإنتحار

إن معرفة لماذا الشخص ينتحر أو يحاول الإنتحار سؤال كثير ما حير الناس والمختصين وأثار فضولهم، فعامة الناس يرون جوابا مفادها أن هذا الفرد في حالة يأس كبير مع نفاذ جميع وسائله للمواجهة والتكيف، فالإنتحار يعبر هنا عن رغبة للهروب من وضعية غير محتملة ولا مخرج لها، فهي مشكلة لا حل لها، وقد توصل العديد من الباحثين إلى نفس الإستنتاجات من خلال ملاحظات عيادية **(Bobolakis &Secret, 1990,P343).**

فقد أسفرت نتائج دراسة **"Platt"** و**"Salte"** **(1990)** نقلا عن **(فايد، 2000، ص 105)** أن درجة الإنتحار تزداد بفعل التأثير المشترك لكل من الإكتئاب واليأس، فكلما كان اليأس ملازما للإكتئاب وتفاعلا معه فإن هذا من شأنه أن يزيد من درجة الإنتحار، وهذا يؤكد أهمية وجود متغير اليأس لدى الفرد المكتئب حتى يقدم على الإنتحار ويبدو اليأس مؤشرا أقوى لنية الإنتحار إذا قورن بالإكتئاب، ولذالك فإن إجتماع الإكتئاب مع اليأس من شأنه أن يزيد من درجة تصور الإنتحار، وهذا ما أكدها **"Petrie"** **(1988)** نقلا عن **(فايد، 2000، ص 106)** في دراساته وهو أن التفاعل بين الإكتئاب واليأس كمركبات مرضية تمثل قوة كامنة في التنبؤ بالسلوك الإنتحاري.

في هذا السياق، لاحظ العالم المعرفي **" Beck"** (**نقلا عن Bobolakis & secret, 1990, P344**). بأن محاولي الإنتحار يصرحون عموما بأنهم يرون في الإنتحار كحل وحيد ليأسهم، ومن خلال دراسته حول اليأس الذي يعرفه بأنه "حالة نفسية تتضمن الإتجاه السلبي للفرد نحو الحاضر والمستقبل، وإنقطاع الأمل تجاه بذل الجهد اللازم لتحقيق أهدافه الحالية وطموحاته المستقبلية" توصل إلى نقطتين أساسيتين تميز المنتحرين وهي:

- وجود اليأس كعامل محفز.
- وجود إضطراب في التفكير الذي يلعب دور هام في أغلب حالات اليأس التي تؤدي بدورها للسلوك الإنتحاري.

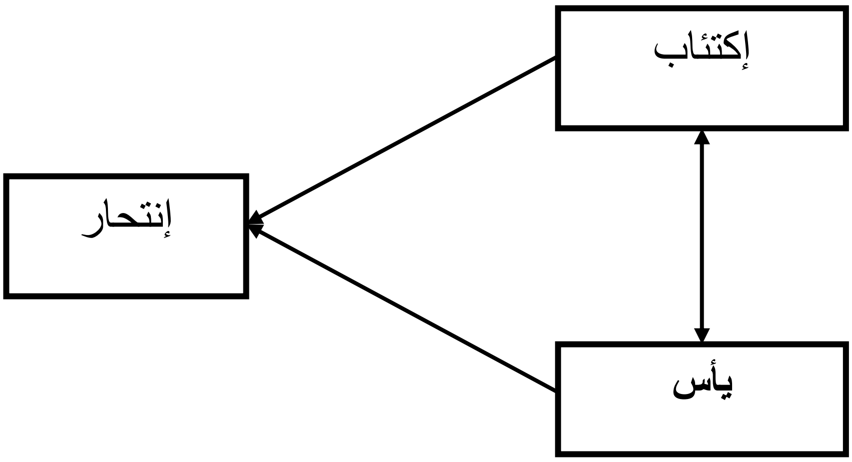
كما قام **"Beck"** بدراسة شدة مشاعر اليأس والإكتئاب لدى المنتحرين لفهم الإرتباطات الموجودة بينهما، فتوصل إلى ما يلي:

- يوجد إرتباط قوي بين محاولة الإنتحار والمعتقدات السلبية تجاه الذات والمستقبل.
- يوجد إرتباط بين محاولة الإنتحار والإكتئاب.
- إن الإرتباط بين محاولة الإنتحار والإكتئاب يرتبط بمتغير ثالث مشترك هو اليأس.

وإستخلص **" Beck"** بأن اليأس هو أهم مؤشر لمحاولة الإنتحار من الإكتئاب.

أجريت دراسات أخرى لتأكيد هذا النتائج منها دراسة "**Bobolakis** " و "**Secret**" **(1990)** بإجراء مقارنة بين المكتئبين وأفراد حاولوا الإنتحار في شدة اليأس والإكتئاب، بإستعمال مقياسي "**Beck**" للإكتئاب **(BDI)** ولليأس **(BHS)**، أسفرت النتائج على عدم وجود فروق دالة في شدة الإكتئاب بين المجموعتين، في حين كانت الإختلافات دالة في مشاعر اليأس لصالح الأفراد الذين حاولوا الإنتحار. ودفعت هذا النتائج العديد من المعرفيين إلى دراسة الخصائص المعرفية التي تميز الأفراد الذين حاولوا الإنتحار مع أفراد لم يسبق لهم قط وأن حاولوا الإنتحار، فأظهرت النتائج أن الفئة الأولى تميزت بصلابة في التفكير، فعالية أقل في حل المشكلات، وتفكير وإتجاها سلبي نحو الذات، والحياة والمستقبل مع ظهور إتجاها إيجابي نحو الإنتحار، كما أكد " **Ellis** " أن مثل هذا العوامل والمميزات المعرفية تمثل إستعداد لفقدان الأمل واليأس تجاه الضغوط الحياتية.

وما نخلص إليه مما سبق أن اليأس يعتبر مؤشرا هاما للسلوك الإنتحاري خاصة إذا إرتبط بالإكتئاب. كما يمكن تفسير هذا النتيجة في الشكل التالي (**فايد، 2000، ص 107)**:



شكل رقم (2): أثر التفاعل المشترك بين الاكتئاب واليأس في الانتحار

8-4 أسباب الانتحار ومحاولات الانتحار

معظم الأشخاص الذين يقبلون على الإنتحار يرون أنه الحل الوحيد للموقف الذي لا يحتمل بسبب معاناتهم النفسية الشديدة، فيصيبهم الإحباط في محاولاتهم المتكررة لإشباع حاجاتهم النفسية حتى يسقطون في حالة من اليأس ويرون أنه لا وسيلة لديهم للهروب إلا الإنتحار**(عبد الرحمن، 2000، ص 342).** لذلك أصبح الإنتحار ومحاولات الإنتحار تسبب مشكلة بالغة الأهمية، الأمر الذي يدعوا إلى البحث عن

أسبابها والدوافع النفسية المؤدية لها، بهدف التخفيف من الظاهرة وأثارها على حياة الفرد وأهله. وأهم هذا الأسباب والدوافع نلخصها فيما يلي:

إن للإضطرابات العائلية وعدم المقدرة على التكيف الإجتماعي ضمن العائلة أثرا الكبير على التفكير في المغامرة بالإنتحار. وإن الصعوبات الناجمة عن الإضطرابات العائلية تؤدي بدورها إلى المشاكل والخلافات بين أفراد العائلة والمشاجرات بين الوالدين أو بين أحد الوالدين أو كليهما والأطفال، أو تحكم أحد الإخوة بأخوا الأصغر سنا منه. كل ذلك يشجع الدافع إلى الإنتحار.

كما أن الحرمان من الأم بسبب الطلاق أو لفقدانها له أثرا البالغ، وفي حالات طلاق الأم بعد معاناة من مشاكل شهدها الأطفال، ثم زواج الأب بإمرأة أخرى وسوء معاملة الأب وزوجته الجديدة للأطفال، فإن محاولات عديدة للإنتحار تبدو في هذا الجو العائلي المضطرب. كما وجد **"Bigras "** نقلا عن **(الحلبي، 2000، ص 455)** في دراسته التي قام بها على 21 مراهقا في كندا ممن حاولوا الإنتحار أن نقص العلاقة بين المراهقين ووالدهم بعد فقد أمهاتهم كان السبب في محاولات الإنتحار لديهم.

وتعتبر الصعوبات الدراسية والفشل في التفوق في المدرسة من أسباب الإنتحار عند المراهقين، وتبدو المشكلة أكثر وضوحا في البيئات المتوسطة الحال يكون الفشل مرا وصعبا وغير مستساغ مما يؤدي عند حدوثه إلى الإضطراب النفسي، والقهر والإرتكاسات غير السوية التي قد يكون منها محاولات الإنتحار أو الجنوح لذلك أن الفشل الدراسي مرتبط بنظرتهم للمستقبل وفرص العمل **(الحلبي، 2000، ص 456).**

من الأسباب الدافعة للإنتحار أيضا المشاكل العاطفية، نظرا لأن البلوغ عند الفتيات يسبق البلوغ عند الفتيان، فإن الإضطرابات العاطفية تكون مبكرة لدى الفتيات، وكذلك فإن عادة الزواج المبكر للفتيات لها أثر على حدوث الإضطرابات العاطفية لديهم أكثر من الذكور، غير أن التفكير بالمغامرات العاطفية لدى الذكور المراهقين وإستعمال المكر والخبث غالبا ما يؤدي إلى ظهور الإضطرابات العاطفية لدى المراهقات بصورة أكثر وأوضح منه عند المراهقين. ضف إلى ذلك، فالفتاة تحمل مسؤولية أكبر من جراء أخطائها وزلاتها المتعلقة بالجنس، لذلك فإن الإضطراب العاطفي الناتج عن الإنزلاق في المشاكل الجنسية تظهر أثارا بصورة أوضح وأخطر لدى الفتيات المراهقات منه لدى المراهقين. وهذا الإضطرابات تؤدي لصدمات نفسية عنيفة يزيد في آثارها وخطرها العوائق والتقاليد الإجتماعية مما قد يساعد على التفكير في الإنتحار لدى المراهقات بصورة أوضح **(الحلبي، 2000، ص 457).**

كما أن ضعف المفهوم الأخلاقي والوازع الديني وقلة تحمل متاعب الحياة وصعوباتها تجعل النفوس الضعيفة تهرب من الواقع مع عدم تحمل المسؤولية والتهديد بالإنتحار. ومن الأسباب الدافعة للإنتحار

أيضا الإصابة بالأمراض النفسية، فقد وجد "**Aoto**" في دراسة على 1727 طفلا ومراهقا في السويد أن هناك إضطرابا في السلوك يسبق محاولات الإنتحار، يتضمن ظهور أعراض عصابية كالشعور بالآلام النفسي وعدم الرضى والإكتئاب، بالإضافة إلى إضطرابات سلوكية كالعدوان والثورات الإنفعالية. كما أن الإصابة بالفصام عند المراهقين قد يكون من أسباب محاولة الإنتحار لدى البعض منهم حيث تكثر الهلاوس والهذيانات والتخيلات والمخاوف، ويكون الإنتحار وسيلة للتخلص من هذه الأعراض **(الحلبي، 2000، ص 458)**.

كما توصل " **Gould** " نقلا عن **(الحلبي، 2000، ص 461)** في دراسة الأطفال والمراهقين المصابين بالإكتئاب أن الإنتحار لديهم يكون دائما بدرجة تفوق غيرهم، كما بينت دراسات أخرى أن اللجوء لمحاولة الإنتحار كوسيلة موجهة للآخرين للفت الإنتباه إلى ذواتهم وكسب الإهتمام ممن حولهم. وفي مجال الإدمان على الخمر والمخدرات، فالمدمن قد يكره نفسه والحياة مما يدفعه في بعض الحالات إلى التفكير بالإنتحار. إن إستعمال المخدر أو الكحول أو الإسراف في تناولهما كان أحد المتغيرات الرئيسية المرتبطة بمحاولات إنتحار المراهق، ففي دراسة أجرها "**Hoffman**" و"**Harrison**" **(1987)** على 1824 مراهقا عولجوا لإسرافهم في تناول المخدر، 40.7 % كانت لديهم أفكار إنتحارية غالبا، بينما لاحظ "**Garfinkel**" ومعاونوه أن 505 من الأطفال والمراهقين الذين أدخلوا إلى الطوارئ لمحاولة الإنتحار يتميزون بالإسراف في تناول المخدر، بالسلوك الإنتحاري السابق، وبالخلاف بين الوالدين أو بفقدان أحدهما، كما أكدت دراسات أخرى(**Kienhort,1989, Stiffman,1988, Christoffel ,1990**) أن الإسراف في المخدر يرتبط بوتيرة محاولات الإنتحار وخطورتها الطبية **(نقلا عن شابرول، 2001، ص 43-44)**.

فيما يخص أهم عوامل الخطورة والعلامات التحذيرية في الإنتحار يظهر أن للعوامل الآتية دور أساسي منها المحاولات السابقة أو الإنتحار التخيلي، والقلق والإكتئاب والإنهاك الشديد، وتوافر وسائل الإنتحار، والإنشغال بأثر الإنتحار على أعضاء الأسرة، والتلفظ بفكرة الإنتحار، والتقارب الزمني بين أزمات الحياة والتاريخ الإنتحاري للأسرة **(عبد الرحمن، 2000، ص 344)**. وفي نفس السياق، ذكر "**Kacha**" **(1996)** أن هناك أربعة عوامل خطر للإنتحار وهي وجود أعراض إكتئابية هامة أو الحالات التي تسيطر عليها الإثارة الناتجة عن القلق، ووجود سوابق إنتحارية ذلك أن نسبة 10% من اللذين فشلوا في محاولاتهم الإنتحارية ينتهون بالموت منتحرين خلال 10 سنوات اللاحقة، ووجود إجترارات يتمحور موضوعها حول الموت والإنتحار مع ظهور خوف بأن هناك حدث ما سيعجل الفعل الإنتحاري وعلاقات فقيرة مع المحيط مع قدرات إتصال ضعيفة أوالفشل أو الحداد.

نستخلص مما سبق ذكرنا في هذا الفصل أهمية كل من العوامل الإستعدادية والمساعدة في ظهور المشكلات الصحية، كما حظيت العوامل النفسية والإجتماعية بإهتمام بالغ من طرف العلماء والعاملين في مجال الطب وعلم النفس وذلك لما لها من أهمية في الصحة والمرض. فقد برز من خلال عرضنا السابق دور كل من الإضطرابات الأسرية، والفشل الدراسي، والبطالة، والمشكلات الإجتماعية، والإحباطات العاطفية، والعوامل السلوكية وأسلوب الحياة في حدوث الأمراض سواء كانت نفسية أو نفسية-جسدية. ومثل هذا الأحداث الحياتية التي يتعرض لها الفرد ما هي إلا ضغوط نفسية التي تطرقت إليها العديد من البحوث لما لها من دور في نشأة وحدوث بعض الحالات المرضية.

تـمـهـيـد الـفـصل

يواجه الفرد فـي حياته العديد من المواقف الضاغطة التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها وأحداثا قد تنطوي على الكثير من مصادر التوتر وعوامل الخطر والتهديد في كـافة مجـالات حياته، وهذا من شأنه أن يجعل أحداث الحياة المثيرة للضغوط تلعب دورا فـي نشأة العديد من الأمراض. ومـن ثمة فالضغوط النفسية هي بمثابة متغيرات نفسية إجتماعية تسهم فـي إختلال الصحة النفسية والجسدية لدى الفرد.

ونظرا لأهمية مفهوم الضغط النفسي فـي بحثنا خصصنا فصلا كاملا يضم بدورزا مبحثين أساسيين، يختص المبحث الأول بمفهوم الضغط النفسي، أمـا المبحث الثاني فيتناول بعض النظريات المفسرة للعلاقة ضغط- صحة- مرض. والتي سنتعرض لها بنوع مـن التفصيل.

تـمـهـيـد

تتعرض صحة الفرد اليوم إلـى الكثير من الأخطار بسبب سلوكه ونمط حياته وتصرفاته مـن جهة، والمتطلبات اليومية للحياة الإجتماعية والمهنية وصعوبات التوافق من جهة أخرى، ومـن الصعب على الإنسان المعاصر أن يهرب من إلتزاماته ومشكلاته، وتكون النتيجة أن يستمر في حالة من الإنفعال الداخلي الذي يشكل حملا على الأعضاء الداخلية بكل نتائجه السلبية على الصحة الجسدية والنفسية للفرد وهنا ينشأ الضغط. فالضغط هو الحمل الذي يقع عـلى كاهل الكائن الحي وما يتبعه من إستجابات مـن جانبه ليتكيف أو يتوافق مع التغير الذي يواجهه. والتعرض للضغوط جزء مـن المعايشة اليومية للفرد لكنه قد يصبح مرض اللاتكيف عندما يكون هناك عدم توازن بين المتطلبات البيئية وقدرات الفرد عـلى مواجهتها، أي أنها تتعدى إمكانياته فـي التعامل معها أو عجزها عن إصدار سلوكات توافقية ملائمة. وفـي هذا السياق، صرح Θ البروفسور "**هانRسلي**" بأنه يجب على الإنسان المعاصر أن يتحكم في الضغط ويتعلم كيف يواجهه و يتكيف وإلا سيكون عرضة للفشل، وللمرض وللموت المبكر.

سنحاول فـي هذا المبحث الإلمام بالجوانب المختلفة لمفهوم الضغط بدءا بإلقاء الضوء عـلى تعاريف الضغط، وأعراضه، ومظاهرها السلوكية، ومصادرها، وأشكاله، وكيف تشخص حالة الضغط ومراحل حدوثه. ثم التطرق إلـى مختلف الأجهزة الحيوية المرتبطة بالضغط، وعلاقة الضغوط النفسية بكل مـن الشخصية والصحة النفسية. ثم ذكر مختلف الأمراض الناتجة عن الضغط النفسي منها الإضطرابات السيكوسوماتية، وبعض الإضطرابات النفسية والعقلية وأخيرا عرض أهم النظريات التي إهتمت بتفسير الضغط.

1- مفهوم الضغط النفسي

على الرغم من الكتابات المختلفة حول موضوع الضغط النفسي من جانب المهتمين بالصحة النفسية والجسدية، إلا أن مصطلح أو مفهوم الضغط لا تعني الشيء نفسه لهم جميعا. لغويا كلمة ضغط **(Stress)** مشتقة من اللاتينية **Stringère** وتعني شدّة، وضيق، وخنق، وحصر الجسم والأعضاء بقوة ويصاحبها الإحساس بالمعارضة **(Stora , 1991.P03)**. وقد إستعار الباحثون في مجال العلوم الإجتماعية مصطلح الضغط أو الإجهاد أو الشدة من مجال علم الفيزياء، حيث يعبر عن القوة التي تقع على سطح من السطوθ أو جسم من الأجسام، ويعبر عنه في مجال الصحة النفسية بالإنعصاب **(عبد الرحمنÛ 1998Û ţ 293).** بينما يشير الأطباء النفسيون إلى مصطلح الضغط على أنه الشدة النفسية، ويسميه بعض علماء النفس الإنعصاب أو الكرب. عموما، يشير مصطلح الضغط إلى وجود عوامل خارجية تحدث لدى الفرد إحساس بالتوتر الشديد، وعندما تزداد شدّة هذا الضغوط، قد يفقد الفرد قدرته على الإتزان والتكيف ويغير نمط سلوكه وشخصيته **(عبد اŶÛ 2001Û ţ 115).**

لقد شاع في التراث السيكولوجي عدة تعاريف للضغط، فيعرفه **"هانRسلي"** نقلا عن **(عسكرÛ 2000Û ţ 34)** بأنه الإستجابة غير النوعية للجسم لأي طلب دافع، كما أنه الطريقة اللاإرادية التي يستجيب بها الجسد بإستعداداته العقلية والبدنية لأي دافع". بينما يوضح **"كامل محمد عويضة" (1996Û ţ 78)** أن الضغط النفسي هو المحطة الناتجة عن عدم القدرة على الموازنة بين المطالب والقدرة على تلبية هذا المطالب". وفي نفس السياق، يشير كل من " **Cox** و**Mackay** " نقلا عن **(الرشيديÛ 1999Û ţ 17)** إلى أن الضغط ظاهرة تنشأ من مقارنة الشخص للمتطلبات التي تتطلب منه قدرته على مواجهتها، وعندما يحدث خلل أو عدم التوازن في الآليات الدفاعية الهامة لدى الشخص وعدم التحكم فيها، أي الإستسلام لأمر الواقع يحدث ضغطا، كما تدل محاولات الشخصية لمقاومة الضغط في كلتا الحالتين النفسية والفسيولوجية المتضمنة على حيل دفاعية سيكولوجية على حضور الضغط.

بينما يعرفه " **جمعة سيد يوسع" (2000Û ţ 259)** بأنه " حالة تحدث عندما يواجه الأفراد أحداثا يدركونها على أنها تهدد وجودهم النفسي والجسمي، ويكونون غير متأكدين من قدرتهم على التعامل مع هذا الأحداث، ويشمل الضغط الأحداث البيئية التي تدرك على أنها مهددة وإستجابات الشخص لها ". كما أورد **"عبد الخا5" (1998Û ţ 32)** تعريفا مفادا " أن الضغط النفسي هو العملية التي تفرض فيها الأحداث البيئية أو الضغوط عبئا ثقيلا على الإنسان في مواجهتها، أو تمثل تهديدا له، ويتعين عليه في أثناء الضغط النفسي أن يجد طرائق للتعامل مع مطالب البيئة. كما أن الفرد يستجيب في أثناء الموقف

الضاغط بواسطة إستجابة معينة معدة للتخاص منه أو من آثارها، وفي أثناء ذلك تحدث تغيرات نفسية وفيزيولوجية، كما تتابع تغيرات لاحقة مع الفرد حتى بعد إنتهاء الموقف الضاغط".

كما أوضح " **Cohen** " نقلا عن **(Razavi & Delvaux, 1998, P2)** أن الضغط النفسي هو علاقة خاصة بين الفرد والبيئة، حيث يتم تقدير هذه البيئة من طرف الفرد بأنها مهددة وأنها تفوق وتتجاوز قدراته التكيفية مما قد يؤثر ذلك على صحته، ويرتبط هذا التعريف بإدراك الضغط، والإحساس بالعجز، وتطوير إتجاهات سلبية وفقدان تقدير الذات وإدراك عدم القدرة على مواجهة المواقف التي تتطلب إستجابة فعالة. ويضيف كل من **"Fontaine"** و **"Salah"** **(1992Û ţ 41)** في تعريفهما للضغط النفسي بأنه " مجموع الإستجابات الحركية، والفيزيولوجية والمعرفية– اللفظية التي يصدرها الفرد تجاه مثيرات تتجاوز قدراته وإمكانياته لإدارتها والتعامل معها، أو لإصدار سلوكات توافقية تجاهها". أما " **Ferreri** " **(1993Û ţ 42)** فيوجز تعريفه للضغط " بأنه حالة تنتج عندما تؤدي تعاملات الفرد بالبيئة إلى إدراك الشخص بوجود تناقض بين متطلبات الموقف والموارد الشخصية ".

إن العامل المشترك في تعريفات العديد من المهتمين والباحثين في مجال الصحة النفسية والبدنية للضغط، هو الحمل الذي يقع على كاهل الكائن الحي وما يتبعه من إستجابات من جانبه ليتكيف أو يتوافق مع التغير الذي يواجهه، فهو يعتبر نتيجة لتفاعل الفرد بالبيئة، حيث ينشأ عندما يقدر الفرد الوضعية بأنها مهددة، وأنها تتجاوز مواردها الشخصية وإمكانياته، وأنه لا يملك إستجابة مواجهة ملائمة وفاعلة مباشرة عندها يختبر تغيرات فيزيولوجية وإنفعالات وتغيرات في الأنماط السلوكية التي تهدد صحته.

وتضع الباحثة تعريفا للضغط النفسي بأنه مجموع المصادر الداخلية والخارجية الضاغطة التي يتعرض لها الفرد في حياته وينتج عنها ضعف قدرته على إحداث الإستجابة المناسبة للموقف، ويعرف إجرائيا بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد على بنود إستبيان إدراك الضغط المستخدم في هذا البحث.

2- أعراض الضغط النفسي

أضحى التوتر والضغط النفسي جزءا من حياتنا اليومية في هذا العصر، وأغلب الناس قد تكيفوا مع الضغوطات اليومية لدرجة أصبح خارج نطاق وعيهم، إن ذلك لا يعني أن الضغوط النفسية لا تتراكم في نفس الإنسان وشخصيته، فالكثير منا يعاني تأثيراته المباشرة، كما تظهر في علامات وأعراض نفسية وعضوية متنوعة، والبعض مما لا يظهر عليه ذلك مباشرة، فإنه يتعرض لآثارها المخربة والمدمرة بشكل تدرجي، إنه يخرب أجهزة الجسم ولوغابت عن الشخص مشاعر الإحباط والقلق المرافقة له، وقد يجد الطبيب صعوبة في كشف سبب إرتفاع الضغط عند بعض المرضى، أو الصداع مع ما يرافق ذلك من

أعراض نفسية كفرط التهيج وضعف التركيز والعصبية. إن هذا الأعراض هي بعض العلائم الذاتية النفسية والعضوية لإضطرابات الضغط النفسي **(عبد ŶÛ 2001Û ţ 114).** وإن أعراض الضغط النفسي عديدة وتظهر على عدة مستويات الجسدي، والإنفعالي، والذهني، والسلوكي والإجتماعي، وتظهر مع إستمرار المصادر المسببة للضيق ولا تظهر جميعها في وقت واحد ولا على جميع الأشخاص. وفيما يلي تصنيف لأهم الأعراض المتعددة للضغط **(Razavi & Delvaux , p12).**

2-1 الأعراض الجسدية

تتعدد المظاهر الجسدية للضغط النفسي، فعلى مستوى الرأس والعنق تظهر الأعراض على شكل جفاف الحنجرة والفم، وصداع، وإصتكاك الأسنان، وآلام جبهية، وآلام في الفك والعنق، وتوتر العضلات في الرقبة والظهر والإحساس بإهتزازات في الأذن.

على مستوى التنفس، قد تنتاب الفرد آلام صدرية، وعسر التنفس، وضيق تنفسي وقطع النفس. أما على المستوى الهضمي-المعوي تتمثل الأعراض في فقدان الشهية، وحموضة المعدة، والغثيان، والغازات، وألم بطني تشنجي، والبراز المتكرر، والمغص والتشنج، والإمساك، والإسهال، وعسر الهضم وإنتفاخ البطن.

بينما على المستوى القلبي- الوعائي تظهر الأعراض على شكل تسرع القلب، وضربات غير منتظمة وإضطربات قلبية دورانية. كما يعاني الفرد بآلام أثناء البول، والبوال المتكرر، وآلام في الحوض، وحيض مؤلم، ودورة شهرية غير منتظمة أوغائبة، وإنخفاض الرغبة الجنسية والعجز الجنسي وذلك على المستوى البولي- التناسلي.

بالإضافة إلى ذلك قد تظهر أعراض أخرى عصبية كالعرق الزائد، والإحسان بالبرودة والحرارة، والإرتجاف، واللجلجة، وبرودة الأطراف والدوار. أو أعراض جلدية على شكل إلتهابات جلدية وطفح جلدي. وقد تمس أيضا عادة نوم الفرد كعدم الإنتظام في النوم، والأرق، والنوم الزائد، والإستيقاظ المبكر على غير العادة، وكوابيس وأحلام مزعجة.

2-2 الأعراض النفسية

كما تتعدد المظاهر النفسية للضغط النفسي، فقد تظهر على شكل إحساسات بالضيق، والكآبة، والحزن، وفقدان الإهتمام، وفرط التهيج، وفرط النشاط، وعدم الإستقرار، وفقدان الصبر، والغضب والعرات بأنواعها (**TICS**)، وصعوبات الكلام، والملل، والخمول، والتعب والانهاك، والسلبية ومراقبة الـذات **(عبد اŶÛ ţ 118).**

ضف إلى ذلك أعراض أخرى مثل العدوانية، وقلق خاص أو عام، وعدم الرضى في الحياة، والوحدة، والحيرة، وإنخفاض تقدير الذات، والإحباط، والتوتر، واليأس، والحاجة إلى البكاء، وعدم القدرة على التعبير الإنفعالي، وإنشغال البال، وسرعة الإنفعال والإثارة، واللوم والعتاب، وإنخفاض الأداء، والإندفاعية، وتقلب في المزاج، وأخذ وإدمان المواد السامة، والأدوية والكحول **(عسكر، ص 45).**

2- 3 الأعراض الفكرية أو الذهنية

تتجلى هذه الأعراض في النسيان، والصعوبة في التركيز، والصعوبة في إتخاذ القرارات، والإضطراب في التفكير، وذاكرة ضعيفة أو الصعوبة في إسترجاع الأحداث، وإستحواذ فكرة واحدة على الفرد، وتزايد عدد الأخطاء و إصدار أحكام غير صائبة **(عسكر، ص 45).**

2- 4 الأعراض الخاصة بالعلاقات الإجتماعية

تتمثل في عدم الثقة غير المبررة بالآخرين، ولوم الآخرين، ونسيان المواعيد أو إلغائها قبل فترة وجيزة، والتهكم والسخرية من الآخرين، وتبني سلوك وإتجاه دفاعي في العلاقات مع الآخرين، وتجاهل الآخرين، والتفاعل مع الآخرين بشكل آلي أي تفاعل يكتنفه البرود وصعوبات في الإتصال **(عسكر، ص 46).**

2-5 المظاهر السلوكية للضغط النفسي

يرى " **Schafer** " نقلا عن **(شريع، 2002، ص 45-47)**أن كثيرا من الناس تظهر لديهم علامات الضغط النفسي بشكلها السلوكي أكثرمن أشكالها الإنفعالية أو المعرفية، ويشير هذا الباحث إلى أن الإستجابات السلوكية للضغط النفسي تنقسم إلى قسمين: مظاهر مباشرة وغير مباشرة.

* مظاهر مباشرة:

وهي إنعكاسات فورية للتوتر الداخلي من الفرد المضغوط مثل:

- الإستثارة وحدة الطبع، حيث يكون الفرد صعب المزاج وسريع الغضب.
- إرتجالية التصرف، يجعل الفرد سريع التصرف مما قد يعود عليه برد فعل سلبي من الآخرين.
- الحديث أكثر من العادة، ربما يلجأ الفرد المضغوط إلى الحديث بالموضوع نفسه أو بموضوعات متعددة، بشكل يجعل الآخرين يملون سماعه أو مرافقته.
- التمتمة والتلعثم بالحديث وذلك نتيجة التوتر، أو أنه يرتبك في أثناء الحديث مع الآخرين فيتعلثم.
- صعوبة الجلوس لفترة من الزمن، فهو سريع الإنتقال من مكان إلى آخر بسبب الملل الذي يصيبه من المكان نفسه.

- التهجم اللفظي على أحد ما، من السهل عليه مواجهة الآخرين بالشتائم أو المواجهة الكلامية غير اللائقة.

- الإنسحابية، يتجنب الفرد أحيانا أن يواجه أحدا أو أن يتدخل لحل مشكلته، بل يحاول تجنب كل ما يخص موضوع مشكلته.

-الدخول في نوبات البكاء، ربما يؤدي شدة الإنفعال لدى الفرد المضغوط نفسيا أحيانا إلى نوبات من البكاء لا يستطيع معها السيطرة على نفسه.

* مظاهر غير مباشرة:

إنها المظاهر التي تعكس زيادة سلوكات معينة كطريقة يستدمها الفرد للتحرر من الألم الذهني والجسدي للضغط النفسي، إذ يلجأ الفرد المضغوط إلى طرائق غير مباشرة للتخفيف من الألم، كما أن زيادة تكرار هذا السلوكات قد تكون مؤشرا على زيادة في مستوى الضغط النفسي مثل:

- زيادة في التدخين، بحيث يدخن تدخينا شرها وأكثر مما كان يفعل سابقا، أو ربما أنه يبدأ التدخين نتيجة للمشكلة الضاغطة التي تواجهه.

- زيادة إستهلاك الكحول، حيث يتغير معدل إستهلاكه المعتاد إلى درجة السكر والإدمان، أو أنه يبدأ تناول الكحول إثر الموقف الضاغط.

- زيادة إستخدام الأدوية الطبية لتخفيف التوتر سواء كانت أدوية مسكنة أو منبهة، معتقدا أنها تخفف آلامه التي لا يستطيع تحديد مصدرها.

- اللجوء للنوم كوسيلة للهروب، إذ يحقق النوم للفرد هربا من التفكير بالمشكلة.

- زيادة إستخدام العقاقير المنومة، لأن المشكلة قد تسبب له أرقا يجعله يلجأ إلى العقاقير ليحقق النوم الذي يريد، وهذا يحمل مخاطر إدمان على العقاقير المنومة.

- إستعمال عقاقير ممنوعة، ربما يلجأ في بعض الحالات إلى إستخدام المخدرات أو المهدئات التي تسبب إدمانا.

- تكرار زيارة الطبيب لشكاوي صحية، إذ يشعر الفرد أنه لا يستطيع تحديد الألم، بل يشعر بآلام مختلفة كل مرة، و هذا ما يجعله يبحث عن المعالجة الطبية **(شريح، 2002، ص 45-47).**

نستخلص مما تقدم أن محاولات الفرد للتحكم في المطالب البيئية والتكيف معها ليست ناجحة دائما، وهذا ما يجعله عرضة لمجموعة من التغيرات البيولوجية والنفسية والسلوكية والتي قد تكون معتدلة أو شديدة.

3- مصادر الضغط النفسي

تعني الضغوط تلك الظروف المرتبطة بالتوتر والشدة الناتجة عن المتطلبات التي تستلزم نوعا من إعادة التوافق عند الفرد وما ينتج من ذلك من آثار جسيمة ونفسية. وتفرض الضغوط على الفرد متطلبات قد تكون فسيولوجية أو إجتماعية أو نفسية أو تجمع بين هذا المتغيرات الثلاثة. ورغم أن الضغوط جزء من حياتنا، إلا أن مصادرها تختلف من فرد إلى آخر **(عثمان، 2001، ص 96).** ويمكن رصد فيما يلي أهم مصادر الضغوط حسب مختلف الباحثين في مجال الضغط.

3-1 قائمة أهم الضغوط حسب Bensabat (1980)

يرى " **Bensabat** " **(1980)** بأن هناك جملة من الضغوط التي ورد ذكرها في كتابه " الضغط" منها ضغوط نفسية – إنفعالية، و ضغوط جسدية، وبيولوجية و أخرى لا شعورية.

*** الضغوط النفسية – الانفعالية:**

- الإحباط أسوأ عوامل الضغط.
- كل عوامل المضايقة والإكراه.
- عدم الرضا، والملل، والخوف والإرهاق.
- خيبة الأمل.
- الخجل والغيرة.
- الشعور بعدم النجاح.
- الإجترار الذي يؤدي نفسيا إلى الضغط.
- الإنفعالات القوية الموجبة أو السلبية.
- وفاة أو مرض شخص قريب.
- الفشل، الإفلاس، والنجاح المفاجئ وغير متوقع.
- الهموم والإنشغالات المادية والمهنية.
- المشاكل العاطفية، والزوجية والطلاق.
- الأرق.
- التغيرات المتكررة للبيئة، كتغير مقر السكن والترقية المهنية.

*** الضغوط الجسدية:**

الجوع والمرض، والإرهاق الجسدي والتعب، والبرد، ودرجات الحرارة المرتفعة، والتغيرات المناخية المتكررة، والتلوث والضجيج والعمل ليلا.

*** الضغوط البيولوجية:**

تتمثل في العوامل الغذائية وإختلال النظام الغذائي كزيادة السكر والدهون، والإفراط أو الإفتقار في البروتينات، والإفراط في تناول القهوة والتدخين أو تناول الكحول.

*** الضغوط اللاشعورية:**

عوامل الضغط ليست دائما معروفة، وإنما يمكن أن تكون غير معروفة ويقال عنها لاشعورية، ويتم الكشف عنها بعد المقابلات والتحليل مثل القلق، والفوبيا، والوساوس ومصدرها في الغالب لاشعوري، وترتبط بصراعات وصدمات جسدية أو نفسية– وجدانية **(Bensabat,1980, P40-41).**

2-3 قائمة أهم الضغوط حسب " Murry"

قدم " **Murry** " نقلا عن **(الرشيدي Û1999Û ţ 66-67)** قائمة للضغوط التي تواجه الفرد في حياته اليومية وتشمل ما يلي:

- ضغط نقص التأييد الأسري، ويشمل التنافرالأسري، والتأديب المتقلب، وإنفصال الوالدين، وغياب أحدهما، ومرض أحد الوالدين، وعدم الإستقرار المنزلي وهذا كله يمثل ضغوطا على الفرد.
- ضغط الأخطار والكوارث منها الكوارث الطبيعية والحريق.
- ضغط النبذ وعدم الإهتمام والإحتقار كالشعور بالصراع وعدم الرضا الناتج عن وجود أشخاص تظهر عدم الإهتمام وقلة تقديرهم للفرد والتأنيب والنقد والصد.
- ضغط الخصوم والأقران المتنافسين، كالشعور بالتوتر والقلق والإحباط الناتج عن وجود ظروف بيئية وأشخاص لا ييسرون للفرد النجاθ والمنافسة بين الأقران في مجالات الحياة مما يزيد لديهم الشعور بعدم الثقة.
- ضغط ولادة الأشقاء، كالشعور بالإحباط والقلق نتيجة شعور الشخص بالغيرة نتيجة إهتمام الوالدين بالأشقاء الآخرين.
- ضغط الإنتماء والصداقات، كالشعور بالإحباط والصراع والتوتر الناتج عن عدم إشباع الحاجة إلى التواد.
- ضغط الجنس، كالشعور بالإحباط والتوتر والفشل في عدم إشباع الحاجة إلى الجنس-الإتصال الجنسي.

3-3 قائمة أهم الضغوط حسب " Lazarus "

قدم " Lazarus " نقلا عن **(عسكر، ص 71)** قائمة للضغوط التي تواجه الفرد في حياته اليومية وتضمنت ما يلي:

- المشاغل الصحية كالإصابة بمرض عضوي، والقلق حول العلاج الطبي والتأثيرات الجانبية للأدوية.
- هموم شخصية منها الوحدة والخوف من مواجهة المسؤوليات.
- هموم العمل وتتضمن عدم الرضى الوظيفي، وإنخفاض الدافعية والعلاقات السلبية مع زملاء العمل.
- هموم مستقبلية منها الضمان الوظيفي، وإحتمال تدهور الحالة الصحية، التقاعد.
- المسؤوليات المالية مثل سـداد القروض- الديون.
- مشكلات بيئية وتتضمن المشكلات الإجتماعية والأخلاقية، والضجيج وحركة المرور.
- مشكلة الوقت منها إنجاز أمور أكثر مما يسمح به الوقت المتاح للفرد، ومسؤوليات متعددة وعدم وجود وقت كاف.

3- 4 قائمة أهم الضغوط المهنية حسب "David.Fontana"

تتضمن ضغوطا مثل عبء المهنة، وغموض وصراع الدور، والمواجهات المتكررة مع الرؤساء، وساعات العمل الطويلة، والعمل وضغوط الوقت، والرتابة والشعور بالملل، وضغوط طبيعة العمل، وعلاقات الفرد مع الرؤساء أو الزملاء، والمسؤولية المرتبطة بطبيعة العمل، والتوقعات العالية غير الواقعية للذات وظروف العمل الطبيعية كالضجيج، وحرارة والإضاءة **(عثمان، ص 97).**

4- أشكال الضغط النفسي

يظهر الضغط النفسي بأشكال متعددة تختلف تبعا لإختلاف المواقف الضاغطة، كما تختلف الإستجابة تبعا للموقف الضاغط، أو تبعا لشدة هذا الضغط النفسي وتبعا للفروق الفردية في الإستجابة للضغط. ومن هذا الأشكال نميز ما يلي:

4 -1 الضغط النفسي المتوقع (Anticipatory Stress)

هو إستجابة الفرد لضغط نفسي متوقع، فيحضر الذهن والجسم سلفا للتغيير، أو لتغيير مفاجىء نحو الأفضل أو ربما نحو الأسوء. مثل ذلك التوتر قبل الدخول إلى الإمتحان، والخوف من إعصار على وشك الحدوث، والخوف من عقاب الأهل عند خرق قوانين معنية. ويتميز هذا الضغط بأنه يحضر الجسم والذهن سلفا لأحداث على وشك الحدوث، لكنه قد يكون ضارا عندما تضخم الأحداث بنتائجها السلبية وتعطى أهمية أكثر مما تستحق**(شريح، 2002، ص 40-41).**

4- 2 الضغط النفسي المتبڤي (Residual Stress)

هو الضغط النفسي الذي يتراكم أو يبقى بعد إنتهاء تجربة الموقف الضاغط، إذ يبقى الجسم في حالة من اليقظة لبعض الوقت بعد إنتهاء الموقف الضاغط، أي فرط الإثارة سواء أكانت سارة أم غير سارة لها النتائج نفسها على الفرد(**شريح Û 2002 Û ţ 40).**

4- 3 الضغط النفسي الحاد (Acute Stress)

هو الإستجابة الفورية لحادث يهدد الفرد أو موقف ضاغط سريع الحدوث وربما سريع الإنتهاء مثل حادث سيارة، أو تسريح أو طرد من العمل، أو فقدان شخص عزيز وما شابه. وتكرار المواقف الحادة للضغط النفسي، فإن تأثيراته السلبية تظهر لتأخذ دورا مهما من خلال الأعراض النفسية والجسدية والسلوكية. أي أن الضغط النفسي الحاد هو ما ينتج عن تهديد فوري ومباشر لحياة الفرد، وتأخذ إستجابة الجسد للضغط النفسي الحاد الآلية التالية: تزداد دقات القلب وتتسرع، ويتسرع التنفس، ويرتفع ضغط الدم ويزيد الكبد في إفراز سكر الدم، أما الإستجابة النفسية تظهر من خلال إرتجاف اليدين، وتسارع في حديث، وحدة الطبع و تشويţ التفكير(**شريح Û 2002 Û ţ 41).**

ويضيف "**Bensabat**" **(1980 Û 39 ţ)** بأن هذا الشكل من الضغط غالبا ما يتضمن إعتداء عنيف جسدي أونفسي- إنفعالي، لكن محدد من حيث الزمن، كإنفجار مفاجئ، والتعرض لبرد قارس، وإنفعال قوي سلبي أو إيجابي، فإستجابة العضوية تكون مباشرة وعنيفة وشديدة، إنها إستجابة بقاء، ويمكن للضغط الحاد أن يحدث في بعض الحالات إضطرابات نفسية جسدية مثل قرحة معدة حادة، وتسمى قرحة الضغط، وغالبا ما تكون نزفية، أو صدمات قلبية وعائية مميتة خاصة لدى المسنين حيث يكون الجهاز القلبي هţ .

4- 4 الضغط النفسي المRمن (Chronic-stress)

هو دور طويل من الإنهاك تتلاحق فيه أحداث صغيرة أحيانا، لكنها تتراكم مع الزمن لتشكل سلسلة من الضغوط المتواصلة، و التي تجعل الجسم مستنزفا و غير قادر على الإستمرار في المواجهة، بل تضعف مقاومته وهذا ما يحدث في بيئة العمل، أو إستمرار الزواج الفاشل أو المشاحنات الزوجية. وإن إستجابات الفرد للضغط النفسي المزمن تكون على شكل أمراض جسدية كثيرة تتسلل تدريجيا وتزداد لتؤدي إلى هلاك مبكر، أي أنها عملية تراكم للضغط النفسي عبر الزمن، ويحضر الجسد ليكون حساسا وبالتالي مهيئا للإصابة بالأمراض الجسدية أو النفسية **(شريح Û 2002 Û ţ 42).** فالضغط المزمن هو مجموع ضغوط صغيرة تتراكم لتكون على المدى الطويل مقدار ضغط كلي مفرط تفوق عتبة مقاومة الفرد، مما يحدث إنهاك نفسي وغلّاي تدريجي مسؤول عن أمراض التكيف **(Bensabat , P39).**

5- تشخي ţ حالة الضغط

إن تشخيص حالة الضغط لا يتم بصفة محددة ودقيقة مثلما هو الحال عند تشخيص الحمى القرمزية أو الحمى التيفية، ويصرθ "**Bensabat**" **(1980)** بأنه يمكن تقدير إكلينيكيا مقدار الضغط المتراكم، وتقييم بصفة غير مباشرة نتائجه العيادية والبيولوجية. فعلى المستوى العيادي هناك بعض الأعراض التي تمثل مؤشرات للضغط منها إضطرابات النوم بالخصوص في الجزء الثاني من الليل والنهوض المبكر، وإنخفاض الليبدو، وبعض الإضطرابات السلوكية كالقلق، والإستثارة، والتعب، وفقدان الشهية، والصداع، وآلام صدرية، وإسهال ومغص معدي على شرط أن لا ترتبط مثل هذا الأعراض بأي سبب عضوي وذلك بعد إجراء فحص نفسي وبيولوجي دقيق.

وفي كل الحالات لابد من إجراء فحص نفسي، وإجتماعي ومهني وذلك للبحث عن السياق التراكمي للضغط وتقديرا، وحصر دورا في مختلف الإضطرابات الجسدية أو النفسية التي يعاني منها المفحوص، بالإضافة إلى فحص أسلوب ونمط حياة الفرد لإنها من العوامل المسئولة عن حالة الضغط المزمن.

عموما، يرتكز التناول الإكلينيكي للضغط على معطيات لفحوصات مختلفة منها:

- فحص عيادي لتقدير مختلف الإضطرابات المرتبطة بالضغط.
- فحص إجتماعي ومهني للبحث عن عوامل ومصادر الضغط في نمط حياة الفرد.
- فحص نفسي من خلال تحديد الملمح السيكولوجي، ونمط الإستجابة للضغط ونوعية أسلوب التحكم والتعامل معه.
- فحص تاريخي لتقييم مقدار الضغط المتراكم وذلك من خلال رصد مجموع التغيرات التي حدثت في حياة الفرد.
- قياس درجة ونوعية تحكم وضبط الفرد للضغط من خلال التغذية الرجعية (رد الفعل الفيسيولوجي).

5-1 فح ţ عيادي:

إن غنى الجدول الإكلينيكي للضغط يرتبط بموقفين مختلفين، حالة الضغط الحاد العابر الذي نتعرض له كل يوم وعدة مرات في اليوم، وحالة الضغط المزمن الذي ينتج عن تعرض مستمر للضغط وبالأخص السيئ منه، وهذا الضغط ناتج عن تراكم متتالي لضغوط صغيرة تضع العضوية أمام مرحلة إنهاك مما يؤدي إلى ظهور الأعراض الإكلينيكية للضغط بوضوθ وحدوث أمراض التكيف، أما في الضغط الحاد تكون المظاهر الإكلينيكية متقلبة، وقصيرة وإنتقالية وتكون أكثر وضوحا عندما يكون الضغط شديد.

2-5 فح ţ إجتماعي- مهني:

يهدف هذا الفحص إستقصاء عوامل الضغط ومصدرها في أسلوب معيشة الفرد ونمط حياته مثل ظروف العمل، والحياة الأسرية، والتغذية، وأوقات الترفيه...إلɑ، والغرض منها إيضاθ عوامل الإحباط والإلتزامات والإرغامات المفرطة. قد تكون ذات مصدر مهني كعبء المسؤولية المهنية، وتوتر في العلاقات المهنية مع الزملاء أو الرئيس، ودخل ضعيف، أو ذات مصدر عائلي مثل الصراع بين الزوجين، وإحباط عاطفي، وإنفصال، وطلاق، وصعوبات علائقية بين الوالدين والأبناء، أو صحي مثل الإصابة بمرض مزمن، وإعاقة جسدية، أو غذائي مثل تغذية غير متوازنة، والإفراط في التدخين والكحول، أوعوامل نفسية كالخجل، والوحدة والوساوس.

5- 3 فح ţ نفسي:

يهدف لفحص قدرة الفرد في إدارة الضغط من حيث التحكم فيه وضبطه وأساليب مواجهته، فهو يتجه لدراسة بنية الشخصية لأنها مهمة في تحديد مدى قابلية الفرد للتأثر بالضغط، وذلك من خلال معرفة سمات طبعه، وسلوكه تجاژا مختلف المواقف ونتائجه الإنفعالية، كما يهتم بالجانب الوراثي، والمعا ţ اليومي، والتجارب السابقة والصدمات الأساسية.

5- 4 فح ţ تاريخي:

يهدف هذا الفحص إلى حصر مقدار الضغط المتراكم في حياة الفرد، لأن لهذا التراكم تأثير خطير على صحته، ويتم تقدير ذلك من خلال حصر أهم الأحداث الحياتية التي تعرض لها الفرد خلال السنوات الأخيرة منها موت الزوج، والطلاق، والإنفصال والسجن... إلɑ. وبالتالي معرفة مختلف التغيرات التي طرأت في حياته. ويشير " **Bensabat** " **(1980Û ţ 237-246)** أن هناك علاقة قوية بين مجموع التغيرات التي طرأت في حياة الفرد وتواتر الأمراض والإضطرابات.

لقد لخص كل من " **Fontaine** " و" **Salah** " **(1992Û ţ 42-43)** خطوات تشخيص حالة الضغط من خلال وصف دقيق لخمسة عوامل منها :

- طبيعة، وتكرار ومدة وشدة الحدث الضاغط بالنسبة للفرد.
- طبيعة، وتكرار، ومدة وشدة إستجابات الضغط على المستوى الحركي، والفيسيولوجي والمعرفي– اللفظي.
- نتائج إستجابة الضغط على البيئة (العائلية – المهنية).
- نتائج إستجابة الضغط على الصحة الجسدية والنفسية للفرد.
- طبيعة ودرجة فعالية إستراتيجيات التوافق التي يستعملها الفرد.

6 - مـراحل حدوث الضغط النفسي

إن مراحل حدوث الضغط النفسي تختلف بإختلاف الإنتماءات الفكرية والنظرية للعلماء، وسوف نتعرض لاحقا إلى وجهات نظر كل من " **Hans Selye** "، و" **Salah** و**Fontaine** " ووجهة نظر كل من "**Lazarus** و**Folkman** ".

6- 1 وجهة نظر " Hans Selye "

كان للطبيب "**Selye**" نقلا عن **(عبد ÛŸl ţ 116 -117)** إسهام هام في تفسير الضغط النفسي بفضل أبحاثه وملاحظاته المخبرية، وتوصل إلى صياغة ما أسماه تناذر التكيف العام **(Adaptation syndrome général)** ويضم ثلاثة مراحل لعملية الإستجابة للضغط النفسي .

* المرحلة الأولĂ: إستجابة الĀنPار

في هذا المرحلة يستدعي الجسم كل قواه الدفاعية لمواجهة الخطر الذي يتعرض له، فتحدث نتيجة التعرض المفاجئ لمنبهات لم يكن مهيئا لها مجموعة من التغيرات العضوية والكيماوية، فترتفع نسبة السكر في الدم، ويتسارع النبض، ويرتفع الضغط الشرياني. فيكون الجسم في حالة إستنفار وتأهب كاملين من أجل الدفاع والتكيف مع العامل المهدد.

* المرحلة الثانية: مرحلة المواجهة

إذا إستمر الموقف الضاغط، فإن مرحلة الإنذار تتبعها مرحلة أخرى هي مرحلة المواجهة لهذا الموقف وتشمل هذا المرحلة الأعراض الجسمية التي يحدثها التعرض المستمر للمنبهات والمواقف الضاغطة التي يكون الكائن الحي قد إكتسب القدرة على التكيف معها. وتعتبر هذا المرحلة هامة في نشأة أعراض التكيف أو ما يسمى بالأعراض السيكوسوماتية، ويحدث ذلك خاصة عندما تعجز قدرة الفرد على مواجهة المواقف عن طريق رد فعل تكيفي كاف، ويؤدي التعرض المستمر للضغوط إلى إضطراب التوازن الداخلي مما يحدث مزيدا من الخلل في الإفرازات الهرمونية المسببة للإضطرابات العضوية.

* المرحلة الثالثة: مرحلة الĀنهاp ¢و الĀعياء (إستنفاP الطاقة)

إذا طال تعرض الفرد للضغوط لمدة أطول فإنه سيصل إلى نقطة يعجز فيها عن الإستمرار في المقاومة ويدخل في مرحلة الإنهاك، ويصبح عاجزا عن التكيف بشكل كامل. وفي هذا المرحلة تنهار الدفاعات الهرمونية وتضطرب الغدد وتنقص مقاومة الجسم، وتصاب الكثير من الأجهزة بالعطب، ويسير المريض نحو الموت بخطى سريعة.

6- 2 وجهة نظر كل من " Salah و Fontaine"

تحدث ظاهرة الضغط النفسي على خمسة مراحل أساسية وهي (Salah & Fontaine , P42):

*** حالة الإنذار (Etat d'Alarme):**

وجود حادث ضاغط شديد يلفت إنتباه الفرد ويؤثر على نشاطاته الحالية.

*** مرحلة التقييم (Evaluation):**

يقوم الفرد بفك وحل الموقف وفقا لمميزاته وخصائصه الفردية، هل يعبر الموقف عن خطر جسدي أو حالة فقدان، ويمكن هنا تضخيم الحدث أو تصغيره.

*** البحث عن إستراتيجية للتوافق (Recherche d'une stratégie adaptative):**

تتمثل هذه الإستراتيجيات في مجموعة معقدة من السيرورات النفسية التي يستعملها الفرد ويوظفها بغرض التخفيف من أثر الضغط على توظيفه الإنفعالي مثل البحث عن المعلومات والتجنب...إلخ .

*** إستجابات الضغط (Réponses de Stress):**

تظهر هذه الإستجابات على المستوى الفيزيولوجي (فرط الإفراز المعدي وتسرع القلب) والحركي (فرط النشاط الحركي، والعصبية والتهيج) والمعرفي- اللفظي (شكاوي، والإحساس بالضيق والعجز). إن شدة هذه الإستجابات قد تأخذ عدة مظاهر مثل القلق، والحزن، وآلام جسدية، وصعوبات في الحياة المهنية وصعوبات مدرسية أو عائلية، فالضغط يمثل عامل خطر لتفجير إضطرابات القلق والإكتئاب.

*** إنعكاسات إستجابات الضغط على الصحة(retentissement de la réponse de stress sur la santé):** يمثل الضغط المزمن عامل خطر لظهور إضطرابات جسدية مثل إضطرابات القلب، وإضطرابات معدية– معوية ويؤدي أيضا إلى تفجير تظاهرات القلق والإكتئاب.

6- 3 وجهة نظر كل من "Lazarus و Folkman "

تحدث ظاهرة الضغط النفسي وعملية المواجهة على خمسة مراحل أساسية وهي(يخلف، 2001، ص 52-54):

*** مرحلة الحدث الضاغط:**

وفكرة هذه المرحلة مبنية على أن الإنسان يواجه في حياته مواقف أو أحداث ضاغطة تستدعي الكثير من الجهد لمواجهتها والتغلب عليها، وقد تنطوي عليها صعوبات صحية إذا تم إستعمال إستراتيجيات معرفية سلوكية غير فعالة.

* مرحلة التقييم الأولي:

في هذا المرحلة، يقوم الفرد بمحاولة التعرف على الحدث ثم يحاول تحديد مستوى التهديد الذي يمثله هذا الحدث بالنسبة للفرد. ويعتمد الفرد في هذا العملية التقديرية على أسلوبه المعرفي وخبراته الشخصية.

* مرحلة التقييم الثانوي:

في هذا المرحلة يقوم الفرد بتقييم مدى قدرة إمكانياته الشخصية على مواجهة الموقف الضاغط، وهكذا عندما يتلائم كل من تقديرنا لمطالب الموقف وإمكانياتنا على مواجهته لا نشعر بالضغط، وعندما يعكس تقييمنا فجوة بين إمكانياتنا ومطالب الموقف أو المحيط، وخاصة عندما تفوق المطالب الإمكانيات المتوفرة لمواجهة الموقف الضاغط نختبر مستوى كبير من الضغط. كما تتضمن مرحلة التقييم الثانوي محاولة تحديد الآليات المناسبة لمواجهة الموقف والتغلب عليه، فبعد أن يقوم الفرد بتقييمه الأولي للموقف من ناحية تهديد هذا الحدث له، يقوم الفرد بالتخطيط لكيفية مواجهة هذا الموقف معتمدا على مجموعة من العوامل بما فيها عوامل خارجية (كطبيعة الحدث نفسه)، وعوامل داخلية بالفرد نفسه (كذكائه وشخصيته، وثقافته وخبراته السابقة).

* مرحلة المواجهة:

في هذا المرحلة يلجأ الفرد إلى إستعمال إستراتيجية معرفية أو سلوكية لمواجهة الموقف الضاغط. ولقد صنفت إستراتيجيات المواجهة إلى نوعين أساسيين. تكمن الإستراتيجية الأولى فيما يسمى بالفعل المابشر ويشمل إتخاذ إجراءات عملية مباشرة لتغيير الموقف الضاغط، وتتسم هذا بطبيعة سلوكية تعتمد أسلوب حل المشكلات. أما الإستراتيجية الثانية فتتمثل فيما يسمى بالفعل المخفف وهو فعل غير مباشر ذو طبيعة إنفعالية.

* مرحلة نتائج المواجهة:

في هذا المرحلة يتحدد مدى تأثير أساليب المواجهة على كل من النشاط الإنفعالي، والمعرفي، والفسيولوجي، والسلوكي. وتتوقف إستجابة الفرد التوافقية للموقف الضاغط على مدى نجاحه في إستعمال إستراتيجية مناسبة للتغلب عليه.

7- الأجهزة الحيوية المرتبطة بالضغوط النفسية

يعتبر الجهاز العصبي في جسم الإنسان المحور والمحرك لكل ما يقوم به الفرد من تعلم، أوتذكر، أو تفكير، أو تعبير عن إنفعال، أو شعور بكل ما يحدث داخل جسمه أو في البيئة الخارجية التي تحيط به. ويقوم هذا الجـهاز من خلال أجـزائه المختلفة وخاصة ما يوجد منها فـي الدماغ بالتنسيق بين الأنشطة

المختلفة التي يقوم بها الفرد ويساهم في عملية الإتزان الحيوي والإنفعالي. ويبقى الجهاز العصبي في صدارة الأجهزة الحيوية التي ترتبط بردود الفعل تجاه الضغوط التي يتعرض لها الفرد وبخاصة القسم المعروف بالجهاز العصبي المركزي الذي يشمل الدماغ والنخاع الشوكي اللذان يتمركز فيهما معظم الخلايا العصبية الموجودة في جسم الإنسان. كما يعتبر كل من الجهاز العصبي الذاتي (المستقل) وجهاز الغدد الصماء، الأجهزة الأكثر إرتباطا بردود الفعل تجاه مصادر الضغوط **(عسكر، ص 46- 51)**.

7- 1 الجهاز العصبي الآلي

يوصف هذا الجهاز بأن عمله إنعكاسي أو آلي دون الحاجة إلى التفكير من جانب الفرد، ويقوم هذا الجهاز بتنظيم ضربات القلب، وحرارة الجسم، وعمليات الهضم، والدورة الدموية وإفرازات الغدد الصماء. وهناك تصنيفان للجهاز العصبي الذاتي وهي الجهاز السمباتي **(Sympathetic)** والباراسمبتاوي **(Parasympathétic).** فالأول يهيئ الجسم لمواجهة المواقف الضاغطة، بينما يقوم الآخر بإعادته إلى حالته الطبيعية وإلى حالة إسترخاء تساعد الجسم على الإحتفاظ بطاقته للمواقف اللاحقة. ويعرف الجانب السمبتاوي بالمنفذ بسبب توليده للطاقة التي تمكن الجسم من المواجهة أو الهرب، فحين يثار هذا الجزء فإن الجسم يكون في وضع غير عادي، وبإمكانات وظيفية تختلف عن الظروف العادية، ويمكن توضيحها فيما يلي :

- على مستوى الجهاز الدوري، زيادة ضربات القلب وزيادة تقلصات الأوعية الدموية الجانبية .
- على مستوى الرئتان، زيادة معدل التنفس وإتساع الشعب الهوائية وزيادة إستهلاك الأوكسجين .
- على مستوى الكبد، زيادة إفراز الجلوكوز .

على عكس القسم السمبتاوي، تكون ردود فعل القسم البراسمبتاوي أكثر تحديدا حيث تسرع من نشاط بعض الأعضاء الحيوية وتقلل من نشاط البعض الآخر، وبذلك تنخفض ضربات القلب، وبطء التنفس، وينخفض الضغط وينخفض السكر الذي أنتجه الجسم لزيادة طاقته في مرافق المواجهة أو الهرب **(عسكر، ص 46- 51)**.

7- 2 جهاز الغدد الصماء

يعتبر جهاز الغدد الصماء الجهاز المنظم الآخر الذي يعمل مع الجهاز العصبي ليتمكن الجسم من الإحتفاظ بحالة من التوازن الحيوي والإنفعالي، ويصب هذا الجهاز هرموناته مباشرة في الدم. وهذه الهرمونات تقوم بتنشيط الجسم وتساهم في تهيئة الأعصاب والعضلات للإستجابة بالسرعة التي تتناسب والموقف المسبب للضغط النفسي. ومع أهمية دور الغدد المختلفة، إلا أن أكثرها أهمية لإستجاباتنا السلوكية تجاه مصادر الضغوط تتمثل في الغدة النخامية والغدتان الكظريتان **(عسكر، ص 46- 51)**.

8 - الفروق الجنسية في الإستجابة للضغط

إن إستجابة الضغط ليست نفسها لدى الرجال والنساء فإن المعارضات والإحباطات يتم معايشتها والتعامل معها والإستجابة لها بصفة مختلفة بين الجنسين، وهذا يرجع إلى الفروق والإختلافات النفسية التربوية، والخبرات، وأساليب المواجهة، والسلوك، والإستجابات التي تكون في الغالب مرتبطة بنمط الحياة، والمسؤوليات، والواجبات العائلية والإجتماعية والمهنية بين الرجال والنساء. فالمرأة غالبا ما تعاني من آلام في الرأس، والشقيقة، والغثيان، والربو، وبالخصوص الإضطرابات الجلدية مثل الإكزيما وإضطرابات الحيض نتيجة للضغط المزمن. أما الرجل فهو أكثر عرضة للأمراض القلبية-الوعائية، والضغط الدموي والقرحة المعدية. أما الإضطرابات المشتركة بين الجنسين تضم الإضطربات الجنسية كالبرود الجنسي، وإنخفاض الرغبة الجنسية والإستجابة الإكتئابية للضغط. وعموما، تفسر الإختلافات بين الجنسين في الإستجابة للضغط إلى الحساسية الخاصة لبعض أجهزة الجسم، الأدوار الإجتماعية لكل من المرأة والرجل، وبالخصوص تأثير بعض عوامل الخطر مثل التدخين، تناول الكحول وأسلوب حياة كل منهما **(Bensabat,1980, P59)**.

9 - الشخصية والضغوط النفسية

عند تناول شخصية الفرد وعلاقتها بمصادر الضغط السلبية، فإن الإهتمام ينحصر في دور الإستعداد الشخصي في مواجهة هذا المصادر، وإنعكاس تلك المواجهة على الصحة البدنية والنفسية للفرد. وبهذا الصدد، يتفق الباحثون أمثال **"Girdano" (1997)** نقلا عن **(عسكر، 2000، ص 143)** في هذا المجال على أن شخصية الفرد لها دور في نوعية الإستجابة لمصادر الضغوط، وفي الغالب تعتبر شخصية الفرد عاملا وسيطا أو متداخلا تخفف أو تزيد من وطأة الضغط على الفرد، وفي ضوء إختلاف شخصيات الأفراد فإنهم بالتالي يختلفون في ردود فعلهم للمواقف الضاغطة. وفيما يتعلق بالشخصية وعلاقتها بالضغوط، فقد وجد أن سمات مثل التسلطية، والإنبساطية، وتحمل الغموض، والقلق، والحالة الإنفعالية، ونمط (أ) من الشخصية، ودرجة الثقة بالنفس، ودرجة التفاؤل وغيرها من السمات لها علاقة في نوعية الإستجابات السلوكية للمواقف المختلفة، وبعبارة أخرى، تساهم هذا الصفات الشخصية سلبا أو إيجابا في الضغوط الواقعة على الفرد .

وضمن موضوع التفاعل بين الشخصية والضغوط يظهر أن لسمات مثل الصلابة النفسية **(Psychological hardiness)**، الكفاية أو الفعالية الذاتية **(Self –efficacy)**، نمط أ **(Type A)**، مفهوم الذات **(Self .Concept)** والقلق **(Anxiety)**. وسيتم لاحقا عرض بصفة مفصلة هذا الصفات وعلاقتها بمواجهة الضغوط **(عسكر، ص 144)**.

9- 1 الضغط النفسي والصلابة النفسية

تشير الصلابة النفسية إلى الفرد الذي يمتلك مجموعة من السمات تساعدا على مواجهة مصادر الضغوط. فالفرد الذي يتميز بالصلابة لديه القدرة على توقع الأزمات والتغاب عليها في النهاية. وفيما يتعلق بردود الفعل من يتصفون بالصلابة النفسية للمواقف الضاغطة، بين الباحثون أمثال " **Luthans** " نقلا عن **(عسكر، ص 145)** أن تلك الصلابة تعمل كمنطقة عازلة تخفف الآثار السلبية للضغوط. وكما أن الضغوط بالنسبة لهم تمثل عامل إثارة في حياتهم وليس مصدر مساهما في زيادة الحمل.

9- 2 الضغط النفسي والفعالية الذاتية

يدل مفهوم الكفاية الذاتية على إدراك الفرد لقدرته وفعاليته في مواجهة أحداث الحياة. ويرى "**Albert Bandura**" نقلا عن **(عسكر، ص 145-146)** بأن الكفاءة في الشخصية لا تقتصر على إمتلاكها مهارات سلوكية متنوعة، بل إلى جانب ذلك على الثقة والإعتقاد بالكفاية الذاتية. ويضيف " **باندورا** " بأن إدراك الفرد لكفايته الذاتية من شأنه التأثير على سلوكه ونمط تفكيرا وإنفعالاته. وفيما يتعلق بالضغوط، فقد وجد أن ذوي الدرجة العالية من الكفاية الذاتية يواجهون المواقف الضاغطة بدرجة منخفضة من الإستثارة الفسيولوجية (مستوى أقل من الأدرينالين في الدم)، وبذلك يظل هؤلاء في حالة هادئة نسبيا عند مواجهتهم الأزمات المصاحبة لهذا المواقف. وضمن إطار الصحة النفسية، بينت البحوث بأن الأفراد العاديين لديهم درجة أعلى من إدراك الكفاية الذاتية مقارنة من الذين يعانون من مشكلات صحية.

9- 3 الضغط النفسي والتفاؤل

بين كل من " **Sheier** " و" **Carver** " نقلا عن **(عسكر، ص 146)** أن الفرد الذي يتسم بالإستعداد أو النزعة التفاؤلية غالبا ما يمتلك وسائل للتعامل مع المواقف الضاغطة مقارنة بصاحب النظرة التشاؤمية، كما أن أصحاب النظرة التفاؤلية يختبرون أعراضا بدنية ونفسية سلبية بصفة أقل مقارنة باللذين يفتقدونها. وفي دراسة أخرى أجراها " **Nevid** " **(1994)** نقلا عن **(عسكر، ص 146)** شملت طلبة على المستوى الجامعي، بينت أن الذين حصلوا على درجات عالية من التفاؤل تميزوا بدرجة منخفضة من الشعور بالتعب، وندرة الشد العضلي وقلة حالات الإصابة بالدوار، وفي المقابل وجد أن الأكثر تشاؤما يعانون آلام أكثر ودرجة أعلى من الضيق.

9- 4 الضغط النفسي والنمط (أ) من السلوك

يعتبر هذا المتغير أكثر العوامل التي جذبت إهتمام الباحثين و هم يحاولون معرفة المزيد حول الضغوط وتأثيرها على الصحة النفسية والبدنية. وقد أطلق كل من "**R.Rosenman**" و"**M.Friedman**" نقلا عن **(عسكر، ص 147)** على هذا البناء تسمية نمط (أ) من السلوك ويتضمن الصفات التالية السباق ضد الوقت،

وشخصية عدوانية، ودرجة عالية من الدافعية وروح التنافس، وضيق الصبر والإحتمال، وهذا الصفات باعثة على الضغط النفسي.

9- 5 الضغط النفسي ومفهوم الذات

يدل هذا المفهوم على الصورة الكلية من أفكار ومشاعر التي يحملها الفرد عن نفسه، وهذا الصورة تتكون من خلال تفاعل الفرد مع من يتواجد في محيطه الإجتماعي. ويوضح كل من"**Dusek**" و"**Girdano**" نقلا عن **(عسكرÛ ţ 148)** بأن مفهوم الذات يتضمن ستة عناصر تكمل بعضها البعض وهي الوعي بالذات، وقيمة الذات، وحب الذات، وتقدير الذات، والثقة بالنفس وإحترام الذات. ويتفق الباحثون على أن مفهوم الذات الإيجابي يشكل النواة للشخصية القوية، وبناء على ذلك، فقد وجد أن الفرد ذي الدرجة العالية من مفهوم الذات أكثر قدرة على التعامل مع مصادر الضغوط والتعامل الإيجابي مع المرض، وهذا راجع إلى المناعة الإضافية النابعة من الشعور الإيجابي بالنفس.

9-6 الضغط النفسي والقلق

يعرف القلق بأنه شعور من التوجس والخوف أو التوتر، فالفرد القلق يحمل أفكارا مزعجة حول مخاطر لا يعرف مصدرها وعادة ما يصاحبها أعراض مثل ضربات قلب سريعة، وضيق تنفس، وأرق، وشعور بالتعب والتوتر. وإن وجود درجة معتدلة من القلق يعتبر أمرا عاديا، وتكمن الخطورة على الفرد في القلق غير الطبيعي الذي يستمر لفترات بعد زوال الموقف المسبب أو في حالة غياب ما يستدعي القلق. فمثل هؤلاء الأفراد تستمر ردود فعلهم السلبية للضغوط حتى بعد زوال الأسباب، وهؤلاء أكثر عرضة للإضطرابات السيكوسوماتية بسبب إستمرار نشاط الجهاز السمبتاوي والباراسمبتاوي، وهذا الإستمرارية من شأنها تعريض الأجهزة الحيوية فـي الجسم للتلاف. كما أظهرت بحوث أخرى أن إضطراب القلق يزيد من شدة حساسية الفرد ويزيد من ميلهم إلى تضخيم الأمور والمواقف التي يختبرونها، وهذا بحد ذاته يسبب لهم قلقا أكثر ويتأثرون بدرجة أعلى بمصادر الضغوط **(عسكرÛ ţ 156Û 160).**

10- الضغوط والصحة النفسية

يعد مفهوم الضغوط من المفاهيم ذات الصلة بالصحة النفسية، حيث تشير مظاهر الضغوط النفسية إلى حدوث إختلال في الصحة النفسية لدى الفرد. في الحقيقة يواجه الفرد في حياته العديدة من المواقف الضاغطة التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها وأحداثا قد تنطوي على الكثير من مصادر التوتر وعوامل الخطر والتهديد في كافة مجالات حياته. وهذا من شأنه أن يجعل أحداث الحياة المثيرة للضغوط

تلعب دورا في نشأة الأعراض السيكوباتولوجية عامة والأعراض الإكتئابية خاصة. ومن ثمة، فأحداث الحياة المثيرة للضغوط هي بمثابة متغيرات نفسية إجتماعية تسهم في إختلال الصحة النفسية لدى الفرد.

بينما ترتبط أحداث الحياة المثيرة للضغوط بإختلال الصحة النفسية لـدى الأفراد، فإن هناك عوامل واقية **(Protective Factors)** تخفف من وقع هذا الأحداث الضاغطة. فيشير "**Rutter**" نقلا عن **(فايد Û2000Û ţ 329)** إلى أن هناك متغيرات واقية من الأثر النفسي الذي تحدثه الضغوط وتتمثل في سمات شخصية الفرد وتتضمن الفعالية والكفاية الذاتية، وتقدير الذات المرتفع والإستقلالية، وكفاية المساندة الأسرية كترابط الأسرة وإدراك الفرد للدفء الوالدي، بالإضافة إلى إمكانية وجود أنظمة للمساندة الإجتماعية التي تشجع الفرد على مواجهة الضغوط والتخفيف من حدة وقعها. فالمساندة الإجتماعية لها أهمية كبيرة كمتغير وسيط مخفف من الآثار السلبية الناتجة عن إرتفاع مستوى الضغوط. وفي نفس هذا السياق، فقد أشار كل من "**Moos**" و"**Holahan**" نقلا عن **(فايد Û2000Û ţ 331)** إلى أنه يجب الإهتمام بدراسة مصادر الدعم النفسية والإجتمـاعية التي تجعل الفـرد يقيم الضـغوط تقييما واقعيا، وتجعله يواجه الضغوط بنجاθ، كما تجعلـه أكثر إدركا وتفسيرا وتقييما للحدث الضـاغط.

وحسب " **عبد Ŷl**" **(Û2001 ţ 115– 116)** يمكن النظر للضغط النفسي من وجهتين، فالأولى يعتبر الضغط النفسي بمثابة العامل الحاسم والمفجر أو المسرع للعديد من الإضطرابات النفسية والعضوية، وكثيرا ما ينظر إليه على أنه نقطة الماء التي جعلت الإناء يطفح وذلك عند شخصية مهئية وذات إستعداد للوقوع في الإضطراب، وهكذا تكون حادثة مثل وفاة عزيز، أوخسارة أوصدمة عاطفية بمثابة المثير الضاغط والأخير الذي ظهرت بعدها الأعراض على شكل تناذر أو زملة مرضية. والثانية ينظر إلى الضغط ليس على أنه مثير أو عامل حاسم للمرض، بل على أنه إستجابة تمثل ردود فعل عضوية ونفسية محدثة إضطرابات متعددة في العضوية**.**

كما أشار " **محمد عكاشة"(Û1986 ţ 35)** إلى أن الإضطرابات السيكوسوماتية هي أعراض عضوية ناتجة عن عوامل إنفعالية، وإن هذا العوامل هي الضغط، ويرى أن الضغوط هي تحدي عوامل غير سارة لطاقة التأقلم والتكيف للفرد، وتعتمد كمية الإنعصاب والضغط اللازمة لنشأة الأمراض النفسية على تكوين وإستعداد الفرد الوارثي**.** كما أكد كتيب التشخيص الإحصائي الثالث المراجع **(DSM III.R)** على أن الضغط يمثل متغيرا مستقلا في الإضطراب النفسي، ذلك أن أحداث الحياة المثيرة للضغوط قد تقوم بدور هام في نشأة بعض الإضطرابات النفسية عامة وأعراض القلق والإكتئاب خاصة، ومن ثمة فهي بمثابة متغيرات نفسية إجتماعية تسهم في إختلال الصحة النفسية لدى الأفراد.

في هذا الصدد، أشار " **champion** " و" **Power** " **(1995)** نقلا عن **(فايدÛ 2000Û ţ 336)** إلى أن أحداث الحياة المهددة والصعوبات المزمنة ذات أهمية كبيرة في سرعة ظهور الأعراض الإكتئابية، وإن درجة أحداث الحياة السلبية كالفقر، والبطالة، والمرض هي بمثابة متغير مستقل وغالبا ما تكون ذات مدى كاف يؤدي إلى صعوبات إجتماعية مزمنة وأعراض إكتئابية شديدة في المستقبل.

11- الأمراض الناتجة عن الضغط النفسي

صرحΘ " **Claude Bernard**" نقلا عن **(Stora ,1991,P91)** بأن الإنسان يعيţ في حالة مستمرة من الضغط، وأن هذا الأخير ضروري للنظام البيولوجي ولثبات الوسط الداخلي، وإن الحرمان من الإستثارة وغياب الضغط والتوتر يعني الموت، فالضغط جزء من المعايشة اليومية للفرد لكن الإفراط في هذا الإستثارة والضغط يعد خطر خاصة إذا تعدى القدرات التكيفية للفرد مما يسبب العديد من الإضطرابات يطلق عليها تسمية أمراض التكيف و يمكنها أيضا أن تسبب الموت.

في نفس هذا السياق، قال " **Hans Selye** " نقلا عن **(Bensabat, 1980, P158)** " لقد تمكنا اليوم من فهم الكثير من الأمراض الشائعة الناتجة عن نقص التكيف للضغط أكثر من إرتباطها بأسباب جرثومية، وفيروسية أوعوامل خارجية ضارة ومؤذية"، ومن جملة هذا الأمراض، الإضطربات العصبية والإنفعالية، وإرتفاع ضغط الدم، والأمراض القلبية، وقرحة المعدة، وأمراض الحساسية...إلɑ. وتعتبر هذا الأمراض أساسا ناتجة عن الضغط النفسي أي أمراض التكيف. ويضيف " **كامل عويضة" (1996Û ţ 82)** في كتابه "الصحة في منظور علم النفس" بأن الإضطرابات السيكوسوماتية تنشأ لدى الأفراد الذين يواجهون ضغوطا نفسية، ويسبب عجزهم في أن يجدوا وسيلة لتصريف توترا تهم يلجأون إلى أعضائهم لتصريف هذا التوتر. كما أشار " **Soly Bensabat** " **(1980)** بأن الضغط هو مرض الحضارات الحديثة ناتج عن طلب مفرط للتكيف، فقد أصبح الضغط إحدى الأسباب الأولى للموت، والمرض وإنهاك العضوية، فهو يسبب إرتفاع ضغط الدم، وقرحة المعدة، والإكتئاب، وأمراض قلبية، والصداع، والعديد من الأمراض السيكوسوماتية، بل وحتي السرطان الذي قد يرتبط بحالة ضغط مزمنة.

وهذا ما دفع" **Selye** " نقلا عن **(Bensabat,1980 ,P11)** إلى التحذير من مخاطر الضغط في قوله: "يجب على الإنسان التحكم في الضغط ويتعلم كيف يواجهه ويتكيف وإلا سوف يكون عرضة للفشل وللمرض و للموت المبكر". وسيتم لاحقا عرض دور الضغط النفسي في نشوء مجموعة من الأمراض منها النفسية- الجسدية والإضطرابات النفسية والعقلية.

11-1 الضغط النفسي والاضطرابات السيكوسوماتية

ربما تتولد بعض الأمراض النفسية - الجسدية من الضغط النفسي، أو تتفاقم بسبب الضغط النفسي، وهذا ما تناولته أكثر البحوث التي حاولت دراسة علاقة الأمراض بالضغط النفسي. وقد إتخذت هذا البحوث إتجاهين، أحدهما درس العلاقة بين تشكل المرض والضغط النفسي، وثانيهما درس العلاقة بين الضغط النفسي وإسهامه في تفاقم المرض الموجود أصلا .

يرتبط عدد من الإضطرابات التي يطلق عليها الأمراض السيكوسوماتية بإستجابة لاتوافقية للضغط، وتظهر هذا الاستجابة المرضية عندما يكون الحدث الضاغط شديد ومتكرر، ويتجاوز قدرات الفرد التكيفية، ومن هذا الأمراض نميز الضغط الدموي، وقرحة المعدة وبعض أمراض الحساسية...إلخ **(Ferreri , 1993 , p31 -41).** ويضيف كل من" **Manuck** و**Cohen**" **(1995)** في مقالهما " الضغط، والإستجابة والمرض" بأن للضغط دور هام في نشأة وتفاقم مجموعة واسعة من الأمراض النفسية- الجسدية. ويؤكد هذا الحقيقة أيضا " **Gallatin**" نقلا عن**(العيسويÛ 2000Û ţ 31)** حيث يرى أن الإضطرابات السيكوسوماتية تنتج من نوع أو آخر من الضغوط النفسية. **وفي** نفس هذا السياق، قدم " **عويضة** " **(1996Û ţ 130)** تعريفا للإضطرابات السيكوسوماتية بأنها تلك الأمراض التي تصيب أحد أجهزة الجسم نتيجة ضغوط نفسية متراكمة، وتترك تلفا أو أثارا فسيولوجية كخلل في أحد أعضاء الجسم، فقد تمس الأجهزة التي تخضع للجهاز العصبي المستقل، كالجهاز الهضمي، والقلبي– الوعائي والتنفسي...إلخ. ويتسم لاحقا عرض أهم الأمراض التي يصاب بها الإنسان نتيجة لضغوط النفسية ومن ذلك ما يلي:

* الأمراض القلبية- الوعائية :

إن العلاقة بين الضغط النفسي- الإنفعالي والجهاز القلبي الوعائي معروف منذ القدم، وتحدث إستجابة القلب للضغط من خلال وساطة الجهاز العصبي السمبتاوي، وفي أحيان أخرى بواسطة الجهاز الباراسمباتي. فقد أظهرت النتائج الإكلينيكية حسب "**André Pasternac** " نقلا عن **(Bensabat,1980, P160)** بأن الضغط يمكن أن يؤثر على جهاز القلب بعدة طرق، قد ينتج الضغط الإنفعالي أعراض قلبية، كما يمكن لنفس هذا الضغط النفسي تفجير أمراض قلبية أو تـفاقمها. فالحدث الضاغط شديد الإثـارة يعجل بأزمة قلبية بسبب ما يحدث من تلف في الشرايين التاجي المغذى لعضلة القلب ومن ثم الموت المفاجئ **(عبد الرحمنÛ 2000Û ţ 287).** وفى دراسة أخرى تبين أن الناس الذين يعانون من النوبات القلبية تعرضوا لإضطرابات فى أحداث الحياة خلال الشهور الستة السابقة على الإصابة القلبية **(العسيوىÛ 2000Û ţ 120).** توضح مختلف هذا الحقائق مدى تأثير الضغط النفسي على نشوء أو تفاقم الأمراض القلبية.

* إرتفاع ضغط الدم :

وجد " **كوشران** " **(1971)** نقلا عن **(عويضة، 1996، ص 136)** في دراسة قام بها أن أهم أسباب إرتفاع ضغط الدم هو تقليص جدار الشرايين، وأثبت أن الضغط النفسي ينتج عنه زيادة في نشاط الجهاز العصبي السمبتاوي الذي يسبب تقلص الاوعية، كما يعتبر إرتفاع ضغط الدم من العلل الجسمية الخطيرة لأنه يصيب أجهزة الجسم الحيوية كالقلب، والمخ، والكلى و العيون.

* القرحات :

بينت بعض الدراسات أن للضغط النفسي دوار كبيرا في الاضطرابات الهضمية وتنشنجات القولون العصبية والتقرحات المعدية والإثنى عشر، وتبين من خلال بعض الباحثين أمثال **Nelson (2000)**، و**Sheps (2003)** و**Hergehbash (1999)** نقلا عن **(شريح، 2002، ص 52)** أن مرضى الإضطرابات الهضمية يعانون من ضغوط نفسية أو سبق لهم أن تعرضوا لذاك. ويضيف كل من "**Bousquet** و**Saigot** " نقلا عن **(Bensabat,1980 ,P179)** بأن الضغط يحدث العديد من الأمراض الهضمية كالقرحات المعدية - المعوية و إلتهاب المستقيم النزفي.

* الأمراض الجلدية :

يرى " **Franceschini** " نقلا عن**(Bensabat,1980 ,P113)** بأنه يمكن للضغط أن ينشأ تظاهرات جلدية متنوعة، وتشمل مجموعة من الاضطرابات الجلدية مثل سقوط الشعر، والطفح الجلدي، والإكزيما، وحب الشباب والحكة الشديدة. فالضغط يلعب دورا واضحا وهاما في هذا الأمراض غير أن المرض لا يظهر مباشرة بعد الضغط وإنما يمكن أن يظهر في بعض الأحيان بعد عدة أشهر من التعرض لضغوطات صغيرة ومتكررة، ولا يمكن إعتبار الضغط كعامل وحيد وإنما يكون عامل مفجر أكيد، وقد يعمل الضغط النفسي أيضا على تفاقم مثل هذا الإضطرابات.

* السرطان :

أظهر العديد من الباحثين أمثال "**Schwarzenberg** " نقلا عن**(Bensabat,1980, P198)** وجود علاقة بين الضغط وظهور السرطان. كما وضح "**Parkes** " بأن السرطان يمثل إحدى الأسباب الأولى للوفاة خلال الست أشهر التي عقبت وضعية الحداد.. وفي نفس هذا السياق، بين"**Paoli**" بأن الأرامل أكثر عرضة للإصابة بالسرطان، ويشير"**Aimez**" أيضا بان تعرض الفرد لصدمات وجودية مثل الحداد، والإنفصال، والطلاق، والبطالة وخسارة مالية يمكن أن يتبعها في غالب الأحيان ظهور السرطان الذي يكشف عنه بعد فترة تتراوح بين 6 و12 شهرا من التعرض للحدث الضاغط . بينما أكدت دراسات أخرى مثل " **Wang** " **(2002)** نقلا عن**(شريح، ص 53)** أن الضغط النفسي يفاقم السرطان فقط ولا يسببه.

* مرض السكري :

لقد تبين من خلال البحوث أن نسبة تزايد الإصابة بالسكري مستمرة، وتصل إلى 6 % سنويا مما يؤكد بأنه أحد أمراض العصر الناجمة من المعاناة النفسية التي يعيشها إنسان العصر، في عالم متوتر ملئ بالإنفعالات الحادة والصراعات والتوترات والتنافس، لذلك تعتبر الضغوط النفسية والعاطفية عاملا هاما التي تزيد من إستعداد الشخص للإصابة بالسكر **(العيسويÛ 2000 Û ţ 42- 47).** فالضغوط الإنفعالية المستمرة تسبب مرض السكر، ويكون ذلك بسبب الزيادة المستمرة في إنتاج هرمونات الضغط التي تحول البروتينات والدهون إلى جلوكوز، وإستمرار هذا الضغوط (العمل- المنزل) تجعل هرمونات الضغط تظل تصب بإستمرار في المجاري الدموية للفرد لعدة شهور أو عدة سنين، مما ينتج عنه إرتفاع السكر في الدم والإصابة بمرض السكر **(عويضةÛ1996Û ţ 152).** كما أظهر **Haggloff (1991)** نقلا عن **(شريعÛ2002Û ţ 53)** أن أحداث الحياة الضاغطة تزيد بشكل جوهري معدل الخطر لنمو وتطور مرض السكري. وفي دراسة عربية قام بها " **سامي الأريعي**" **(1996)** نقلا عن **عبد الرحمن (2000Û ţ 290)** عن الفروق بين مرضى السكر والأسوياء في الإستجابة لضغوط الحياة في المجتمع السعودي، وجد أن مرضى السكر أكثر إدراكا لحجم ضغوط أحداث الحياة في نواحي العمل، والدراسة، والمنزل، والأسرة والزواج، وتشير هذا النتائج أن مرضى السكري أكثر إحساسا بحجم الضغوط و شدتها من العاديين.

كما تدل الدراسات السريرية والمخبرية أن التوتر النفسي له دور في ظهور مرض السكري. ويرى الأخصائي النفسي " **دانيل كوكسي**" نقلا عن **(الحجارÛ 1989Û ţ 149)** من قسم أبحاث مرض السكري، وجود علاقة مباشرة بين مقدار الشدة والتوتر النفسي من جهة، وضبط سكر الدم من جهة ثانية. وعلى مستوى آلية الإرتكاس التوتري يفرز الجسم الهرمونات (الأدرينالين والنورادرينالين والكاتيكولامينات) التي تؤثر بدورها على مستويات السكر الموجودة في الدم، فترفع هذا الهرمونات من مستوياته حيث يتعين على الأنسولين حرقه وتمثيله في الجسم. ويضيف السيكولوجي" **ريتشارد سورويت** " نقلا عن **الحجار (1989Û ţ 150)** أن التوتر النفسي لا يرفع فقط من مستويات السكر في الدم بل يثبط من إفراز الأنسولين، فإن هناك ما يؤكد على أن التوتر النفسي له أثرا الكبير في إحداث مرض السكر عند الأشخاص الذين لديهم إستعداد وراثي للإصابة به.

ومن خلال دارسة إستقصائية لتاريخ المرض قام بها "**روبنسون**" نقلا عن **الحجار (1989Û ţ 153)** بإنجلترا عند مرضى السكري كبار في السن، قارن فيها المصاب بالسكري مع نسله الصحي الخالي من مرض السكر، فإتضح له وجود زيادة هامة سريريا في عدد الحوادث الحياتية الراضة قبل ظهور مرض السكري عند نسل المريض، وأضاف كل من " **جاكوسون**" **وهوسر**" أن من جملة هذا الحوادث الموترة

العلاقات الأسرية وطرق تأثيرها على مرضى السكري، والكيفية التي يتعامل المريض فيها حيال الشدائد، وأنماط التعامل مع الحوادث المزعجة الفاعلة في تطور مرض السكر وظهوره.

* الربـ ـ ـو:

توصل العياديون وبصفة متكررة لحقيقة أنه يمكن الضغوطات النفسية أن تكون على علاقة بظهور الربو لدى الأفراد الدين لديهم قابلية وراثية لتطوير المرض، كما قدمت مجموعة من الدراسات التاريخية مثل أعمال **Lévitan (1985)**، و**Teiramaa (1986)** نقلا عن **(Klinnert et al, 1994,p51)** دليلا يدعم الملاحظات العيادية التي تؤكد الإرتباط بين الضغوط الإنفعالية وظهور مرض الربو. وقد وضح كل من "**Boyce**" وآخـ ـرون **(1977)**، و **Haggerty** و **Meyer (1962)** نقلا عن **(Klinnert et al, 1994,p51-56)** بأن الزيادة في ضغوط الحياة تؤدي إلى أمراض تنفسية حادة عند الراشدين والأطفال على حد السواء. وعليه، فإن عوامل الخطر النفسية كالضغوط تمثل عوامل تنبؤية دالة لظهور الربو لدى الأطفال ذوي إستعداد وراثي للإصابة بالمرض ويظهر أن التفاعل بين الخطر الوراثي والضغط النفسي يؤثر في ظهور الربو.

كما تعتبر الغلوبينات المناعية من النوع **E (Ige)** مهمة في حالات الربو وأمراض الحساسية، وتوصل العديد من الباحثين مثل" **Vassend (1987)** و **Halvorsen** و **kiocolt- glaser" (1984)** نقلا عن **(Faleide et al ,1988)** إلى وجود إرتباط إيجابي بين الضغط و مستويات **Ige.** وبينت دراسات أخرى لكل من" **Moyer (2000)** و **Wright (1998)** نقلا عن **(شريح Û2002Û ţ 53)** أن للضغط النفسي دورا كبيرا في تفاقم مرض الربو، وأنه ربما يكون سببا مباشرا للإصابة بالربو.

مما سبق ذكره، يمكن القول أن ضغوط الحياة تقوم بدور هام في إحداث الإضطرابات السيكوسوماتية بمختلف أنواعها، ولكن ليس في كل الحالات، ذلك لأن مواجهة الفرد الناجحة للضغوط وإدراكه لها إدراكا واقعيا توافقيا يقلل من فرص إصابته بالمرض .

11-2 الضغط النفسي والاضطرابات النفسية والعقلية

تتولد بعض الإضطرابات النفسية والعقلية من الضغط النفسي، أو تتفاقم بسبب الضغط النفسي، وهذا ما تناولته أكثر الدراسات التي حاولت فحص علاقة هذه الإضطرابات بالضغط النفسي والتي سنعرضها فيما يلي بشيء من التفصيل.

*** الفصام :**

لقد أظهر كل من "**Brown**" و"**Birley**" **(1968)** نقلا عن **(Gorwood , 1993, p 24)** وجود فائض للأحداث الحياتية الضاغطة التي سبقت أول حالة إستشفاء لدى 50 مريض بالفصام بفاصل زمني قدرا ثلاثة أسابيع مقارنة بالشهود، كما توصل "**Brown**" إلى أن العوامل البيئية يمكنها تعجيل ظهور الفصام، ذلك أن الأحداث الضاغطة تميل إلى التراكم خلال الثلاث أسابيع التي تسبق ظهور المرض. كما أشار كل من "**Myers**" و**Jocobs**" **(1976)** نقلا عن **(Gorwood , 1993, p 24)** وجود تواتر كلي عال ودال للأحداث الحياتية خلال السنة الأولى قبل ظهور نوبة الفصام مقارنة بالمجموعة الشاهدة. وتؤكد هذا النتيجة وجود تراكم دال للأحداث الحياتية في تاريخ مرضى الفصام. بينما توصلت دراسة كل من "**Day**" وآخرون **(1987)** نقلا عن **(Ventura et al, 1989, p407)** في خمسة دول إلى تواتر للأحداث الحياتية الضاغطة مع زيادة ظهور النوبات الذهانية لدى الفصاميين خـلال ثـلاث أسابيع سابقـة للمرض. وفـي نفس السياق، أكـد "**Dawson**" **(1986)** نقلا عن **(Ventura et al, p407)** بأن كل من العوامل الإستعدادية وعوامل الضغط تؤدي إلى ظهور الفصام وتفاقمه.

*** القلق :**

أظهر كل من "**Uhlenhuth**" و"**Paykel**" **(1973)** نقلا عن **(Gorwood ,p.25)** بأن هناك علاقة بين الأحداث الحياتية الضاغطة ونشأة إضطرابات القلق والإكتئاب، وتميزت هذا الأحداث بأنها مواقف فقدان حقيقية لدى المكتئبين ومواقف تهديد وخوف من الفقدان ميزت مرضى القلق. وهذا النتائج تؤكد ما ذهب إليه "**فرويد**" نقلا عن **(Gorwood ,p.25)** الذي إعتبر القلق كإستجابة لخوف فقدان الموضوع المحب، بينما يعتبر الإكتئاب كإستجابة لفقدان حقيقي لهذا الموضوع. بينما ربط **Spielberger** نقلا عن **(عثمان، ص 99-100)** بين الضغط وقلق الحالة، فالقلق عندا عملية إنفعالية تشير إلى تتابع الإستجابات المعرفية السلوكية التي تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغوط.

*** الإكتئاب:**

يرى "**Stewart (1985)**" نقلا عن**(أبو زيد، 2001، ص 84)** بأنه يمكن إعتبار الإكتئاب نمطا للإستجابة السيكوبيولوجية للمواقف الضاغطة، فالإكتئاب في واقعه يرتبط إرتباطا وثيقا بالمواقف الضاغطة الداخلية والخارجية، تلك التي تخلق نوعا من فقدان تقدير الذات إلى جانب العديد من الفقـدانات التي تزج بالفـرد إلى هـاوية الإكتئاب. كما أشار كل من "**Champion**" و**Power (1995)** نقلا عن **(فايد، 2000، ص 337)** إلى أن أحداث الحياة المهددة والصعوبات المزمنة ذات أهمية في سرعة ظهور الأعراض الإكتئابية، فالأحداث الحياتية السلبية مـثل الفقر، والبطالة والمرض...إلخ، هـي بمثابة متغير

مستقل وغالبا ما تكون ذات مدى كاف يؤدي إلى صعوبات إجتماعية مزمنة وأعراض إكتئابية. وفي هذا السياق، لقد أظهر " **Paykel** " نقلا عن **(Gorwood , P22-23)** بأن الاشخاص المكتئبين يعيشون ثلاثة مرات أكثر من الحوادث الحياتية الضاغطة مقارنة بالشواهد، وتتضمن هذا الضغوطات الصراعات والتوترات العائلية، والمهنية، وحالات الإنفصال والإصابة بالأمراض. أما دراسة "**Brown**" نقلا عن **(Gorwood , P22-23)** على 458 إمرأة تعاني من كل أشكال الاكتئاب، أظهرت النتائج أن 68 % من المكتئبات قد عايشت حوادث مؤلمة خلال ثلاث أسابيع قبل الإصابة بالاكتئاب، مقابل نسبة 30 % لدى الشواهد خلال نفس الفترة، لذلك يمكن للأحداث الحياتية الضاغطة أن يكون لها دور محدد في تعجيل ظهور الاكتئاب والاضطراب المزاجي أو تفاقمه.

* الأدمان على الكحول والمخدرات :

يرى "**Pihl**" نقلا عن **(Bensabat , P222)** أن دراسة ظاهرة الادمان مهما كانت المادة المستعملة كحول أو مخدرات، فهي تظهر كإستجابة لمنبه يدعى الضغط، فالإدمان على المخدرات هو نتاج لتأثيرات إجتماعية وثقافية، وأن الفرد يلجأ مثلا لشرب الكحول بإفراط بهدف التخفيف من القلق والتوتر الناتج عن منبهات نفسية– إنفعالية ونفسية- إجتماعية**.** فالفرد يتعلم أن العقاقير يمكن أن تخفف من إستجابته الجسدية للضغوط، لذلك فهي تلقن وتشجع إستخدام العقاقير في مواقف ضاغطة مماثلة، لهذا نجد بعض المدمنين يستخدمون العقاقير المنشطة للتعامل مع الإكتئاب، والضجر أو الخوف **(عبد الرحمن, 2000، ص 67)**.

وفي دراسة أجريت على 311 من المدمنين ذوي السلوكيات الإدمانية المختلفة، توصل كل من "**Commings**" وآخرون **(1980)** نقلا عن**(عبد المعطي، 2002, ص 254)** إلى أن هناك ثلاث مواقف عالية الخطورة للعودة للإدمان منها الانفعالات السالبة مثل القلق، والإحباط، والغضب أو الإكتئاب، وهي مسؤولة عن 35 % من الحالات، ووجود صراع داخلي مسؤول عن 16%، والضغوط الإجتماعية مسؤولة عن 20% من حالات العودة للإدمان، و يضيف نفس الباحث أن الإستسلام لإستخدام المخدرات تمثل إستجابة تكيف سيئ للمواقف مثل الصراع أو الإحساس بالإحباط، وإذا كان لدى الشخص توقعات إيجابية لآثار المادة فإن استخدامها يتعزز بشكل أكبر. أما في مجال الإدمان على الكحول، يرى كل من "**Gorman**" و"**Peters**" **(1990)** نقلا عن **(Gorwood ,P 25)** بأن هذا الظاهرة بإمكانها إنتاج العديد من الأحداث الحياتية، لذلك فهما يصرحان بأن الضغوط هي نتيجة للإدمان الكحولي، مع ذلك يمكن للأحداث الحياتية الضاغطة التأثير في شرب الكحول من خلال الزيادة في مقدار الشرب، أو تساعدها على الإنتكاس ومعاودة الشرب.

يتضح مما تقدم بأن ليس هناك شك بأن الأحداث الحياتية يمكن أن تؤدي إلى نتائج ضارة على الصحة النفسية، وبإمكانها إحداث إصابات وإضطرابات نفسية أو عقلية .

12- نظريات الضغط

إختلفت النظريات التي إهتمت بدارسة الضغط طبقا لإختلاف الأطر النظرية التي تبنتها وإنطلقت منها على أساس أطر فسيولوجية، أو نفسية، أو إجتماعية، كما إختلفت هذا النظريات فيما بينها بناءا على ذلك من حيث مسلمات كل منها. فيما يلي عرض لأهم هذا التناولات النظرية.

12-1 النظرية الفسيولوجية

يعتبر " **Hans Selye** " نقلا عن**(عبد الرحمن، 2000، ص 298)** الرائد الأول في الدراسات حول الضغط، وهو أول من حاول وضع نموذج يمثل وجهة نظرا حول ردود الفعل الإنضغاطية. وعرف الضغط بأنه إستجابة فسيولوجية غير محددة التي يستجـيب بها الجسم تجاها أي مطاب يقـع عليه. ويعتبر " **Selye** " أن أعراض الاستجابة الفسيولوجية للضغط عالمية وهدفها المحافظة على الكيان والحياة، كما حدد ثلاث مراحل للدفاع ضد الضغط، ويرى أن هذا المراحل تمثل التناذر العام للتكيف، والتي تحدد الميكانزمات الفسيولوجية للتكيف وهي كما يلي :

* إستجابة الإنذار:

وفيها يتم إثارة الجهاز العصبي المستقل والجهاز الغدي، ويظهر الجسم تغيرات مميزة للتعرض المبدئي للضاغط ، وفي نفس الوقت ينخفض مستوى المقاومة، وإذا كان الضاغط من الشدة بدرجة كافية فإن المقاومة تنهار وتحدث الوفاة**(عثمان، ص 98-99)**.

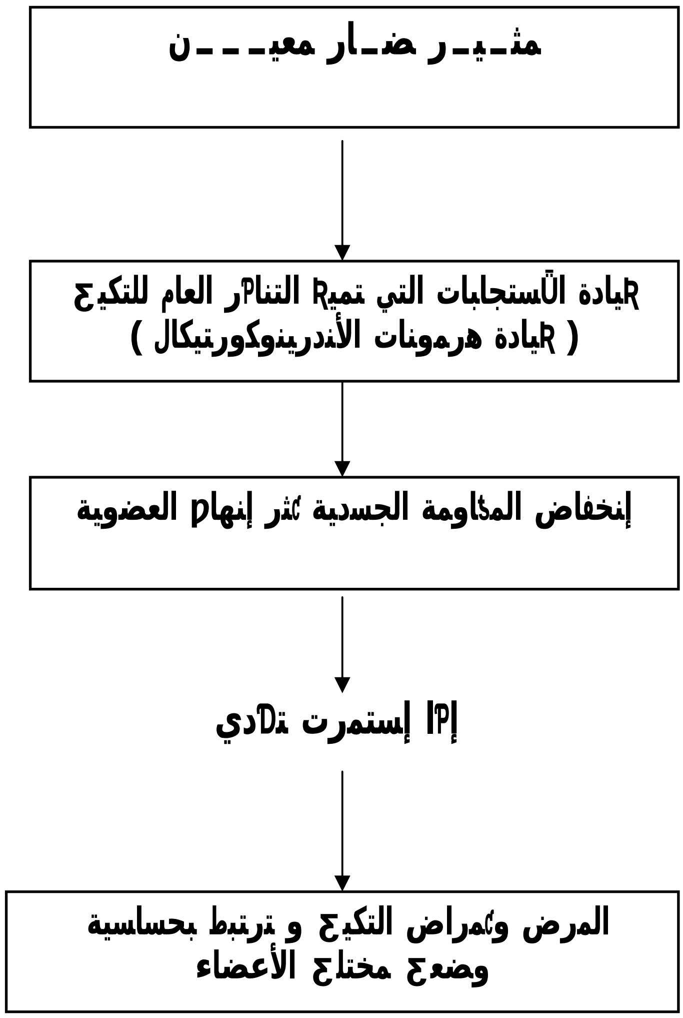
* المقاومة:

وفيها يحاول الجسم التكيف مع المطالب الفسيولوجية التي تقع على كاهله، وعادة ما تظهر هذا المرحلة إذا كان التعرض المستمر للضاغط متسقا مع التكيف، وتختفي التغيرات البدنية المميزة لمرحلة الإنذار ويحل محلها التغيرات المميزة لتكيف الفـرد مع الموقف و تزداد المقاومة عـن المعتاد.

* الإنهاك والإجهاد :

حيث تنهك الطاقة اللازمة للتكيف ويحدث الإنهيار النهائي ويعاني الجسد من تلف أو دمار لا يمكن إبطاله بعد التعرض لفترة طويلة لمثير ضاغط، أي إن كانت الإستجابات الدفاعية شديدة ومستمرة لفترة طويلة فقد ينتج عنها أمراض التكيف **(عبد الرحمن، 2000، ص 298).**

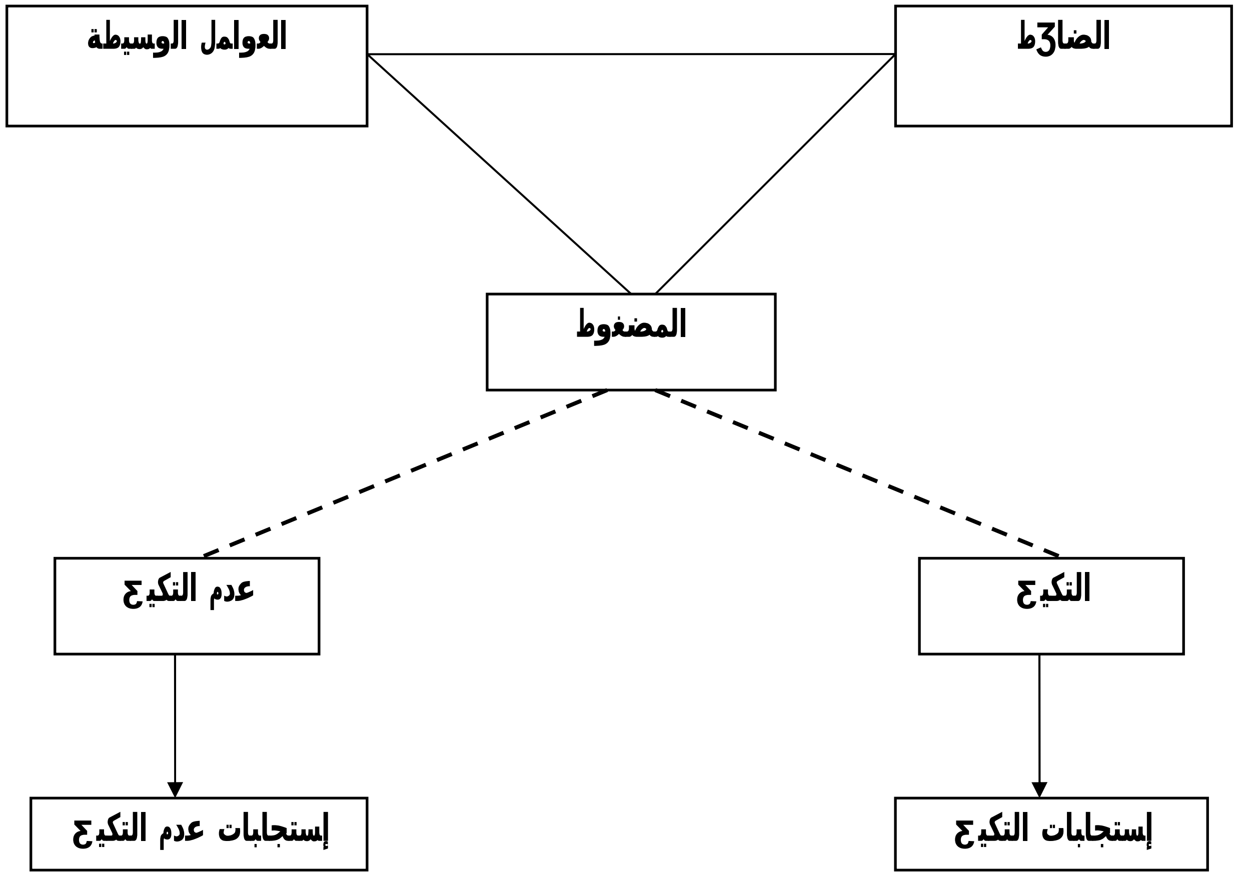
ويمكن رصد هذا النظرية في الشكل الآتي: (**Giovannini et Al, 1986, P102**)



شكل رقم (3) : نموذج التناذر العام للتكيف لـ Selye

ويضيف " **Selye** " نقلا عن **(عبد الرحمن، 2000، ص 299)** أنه إذا كانت الإستجابة الدفاعية ذاتها شديدة وإمتدت لفترة طويلة ينتج عنها حالات مرضية يطلق عليها أمراض التكيف، و يعتبر المرض في هذا الحالة ثمنا للدفاع ضد العوامل الضاغطة ويحدث ذلك عندما يزيد الدفاع عن الإمكانات الخاصة بالجهاز الفسيولوجي، أو عندما يكون الدفاع لدرجة عالية جدا.

فيما يلي عرض لتخطيط عام لنظرية "**هانز سلي**" نقلا عن **(عبد الرحمن، 2000، ص 299)** التي تفسر تأثير العوامل الضاغطة على الفرد وإستجاباته التكيفية.



شكل رقم (2) : تخطيط عام لنظرية Selye

إن تعرض الفرد لعوامل ضاغطة، قد يتكيف معها مما ينتج إستجابات تكيفية تجاه هذا الضغوط، أما إذا فشل في مواجهتها والتكيف معها ينجر عنها إستجابات غير تكيفية للفرد تجاهها.

12- 2 النظرية النفسية-الاجتماعية (تناول الأحداث الحياتية ومتغيرات الشخصية)

إن مفهوم الأحداث الحياتية يسمح لنا بفهم التفاعلات بين الفرد وبيئته خاصة عندما يؤدي مثل هذا التفاعلات إلى حدوث معاناة نفسية، ذلك أن أمام نفس الأحداث الحياتية الضاغطة يمكن لبعض الأشخاص أن يظهروا إضطرابات عقلية ومعاناة نفسية مثل التناذر الإكتئابي، بينما يتجاوز الأشخاص الآخرين هذا الأحداث والتجارب مما يساعد على تعزيز قدراتهم على المواجهة. كما أن الحدث الحياتي قد يكون إرادي أو غير قابل للضبط، وقد يكون مباشر أو متوقع، وإيجابي أومزعج، لذلك فإن تحليل هذا الحدث لا بد من

الأخذ بعين الإعتبار أبعادها المختلفة وخـصوصيات الفـرد الذي يعايشه هذا الحدث مـع فهم الميكانزمات النفسية والبيولوجية المتدخلة، من أجل ذلك توجهت الكثير من الدراسات والبحوث لفحص العلاقة الموجودة بين الحدث الحياتي الضاغط والمعاناة النفسية أوالجسدية. وفي هذا السياق، وضح " **Meyer** " نقلا عن **(Gorwood, P 13-16)** الدور المضر للأحداث الحياتية الضاغطة على التوازن النفسي للأفراد، كما أشار إلى أهمية التاريخ الشخصي للفرد وعلاقاته مع البيئة في فهم تأثير الحدث على الفرد، لذلك يعتبر "**Meyer** " من الأوائل الذي إقترح قائمة للأحداث الحياتية الضاغطة في البيئة وأعطى أهمية للخصوصيات الفردية. وغالبا ما يعتبر الحدث الحياتي أحد العوامل المتعددة المسؤولة عن الإضطراب النفسي أو الجسدي، وقد يكون عامل مفجر أو معجل لهذه الإضطرابات ذلك أن الحدث الحياتي الضاغط عامل مساهم يتفاعل مع عوامل أخرى مكونا بذلك القابلية للإصابة.

لقد كان موضوع أحداث الحياة الرئيسية التي تسبب الضغط النفسي نتيجة لتراكمها أو لتكرارها في حياة الفرد، من المواضيع الهامة لدى الباحثين، فقد أجرى كل من"**Holmes** " و"**Rahe** " **(1967)** نقلا عن **(شريح، 2002، ص 37)** مجموعة من البحوث إنطلاقا من تعريفهما للضغط بمصطلحات تغيير الأحداث الحياتية التي تتطلب التكيف، ولاحظ الباحثان أن المرض يزداد خلال أوقات التغيرات العنيفة للشخص، ومن هنا بدأ الباحثان بوضع برنامج لدراسة علاقة المرض بتغيرات الحياة مركزين على السؤالين التاليين: كيف يصنف الناس تجارب تغيرات الحياة في درجات من الضغط النفسي ؟ وهل هناك إرتباط بين تغيرات الحياة المتراكمة وتكرار المرض ؟

وكان الهدف من هذين السؤالين التوصل إلى إثبات تأثير أحداث الحياة الرئيسية، والتغيرات المفاجئة لها في زيادة الضغط النفسي على الأفراد، وبعد نتائج مجموعة من البحوث الهامة التي قام بها الباحثان توصلا إلى تصنيف أحداث الحياة التي تسبب ضغطا نفسيا، وهي عبارة عن 43 حدثا رتبت وفق درجة أهمية الضغط النفسي التي يسببها، وهي تمثل أوضاع أسرية، وشخصية، ومهنية لها أبعاد إقتصادية وإجتماعية. كما يعود الفضل إلى هذان الباحثان في وضع أول مقياس للأحداث الحياتية الضاغطة بعد تحليل عدة ملفات طبية للمرضى وحصر أهم الأحداث الحياتية المعاشة في الأشهر التي سبقت إستشفائهم، وذلك بهدف الوصول وبصفة موضوعية للدور المرضي للعوامل الإجتماعية الضاغطة على الفرد التي تتطلب تغيير للتوافق **(Gorwood, P17)**.

حاول كل من **Holmes** و**Rahe** نقلا عن **(Bensabat,1980 ,P245)** ترتيب أحداث الحياة الرئيسية وفق أهميتها، فتوصلا إلى إقتراθ القائمة الآتية:

- موت أحد الزوجين.
- الطلاق.
- الهجر بين الزوجين.
- دخول السجن.
- موت أحد أفراد العائلة.
- حدث الزواج.
- الطرد من العمل.
- التقاعد من العمل.
- تغير في صحة أحد أفراد الأسرة (مرض أحد أفراد الأسرة).
- الحمل.
- المشكلات الجنسية...إlɑ.

كما حاول "**Holmes**" و"**Rahe**" نقلا عن **(شريعÛ2002Û ţ 38)** التأكد من أن هذا الأحداث وغيرها لها دلالة إحصائية بين عدد أحداث الحياة الشخصية وشدتها، وبين إحتمال حصول الأمراض في المستقبل نتيجة الضغط النفسي، أي أن حصول هذا الأحداث في فترات معينة وبتكرار معين يؤدي إلى تحضير الجسم لأمراض فيسولوجية ونفسية في المستقبل. ويرى "**Coles**" نقلا عن **(شريعÛ2002Û ţ 38)** أنه على الرغم من أن أحداث الحياة ربما لا تكون سببا كافيا للمرض النفسي، ولكن يمكن إعتبارها سببا ضروريا معجلا ببداية المرض. وفي هذا السياق، أشار **Mistretta (2000)** نقلا عن **(شريعÛ2002Û ţ 38)** أن الضغط النفسي الحاد يكون نتيجة للأحداث الرئيسية أو التغير المفاجئ في حياة الفرد ويحدث أزمة، وبالتالي يمكن أن ينتج عنه الآثار الجسدية التالية:

- موت مفاجئ يعقب نوبة قلبية.
- حوادث مختلفة.
- تدرن رئوي.
- إرتفاع سكر الدم.
- أمراض عصبية.
- صعوبة التنفس.
- إرتفاع ضغط الدم وغير ذلك.

لقد قدمت بحوث " **Holmes** و" **Rahe** " إسهامات مهمة في مفهوم الضغط النفسي، إلا أنها أغفلت أن الناس تستجيب بطرائق مختلفة للحدث نفسه، فالأفراد يختلفون في طريقة مواجهتهم لهذا الأحداث وطريقة إدراكهم لها. وفي هذا السياق، إهتمت دراسات لاحقة بعلاقة الأحداث الحياتية الضاغطة ببعض الأمراض الجسدية أوالنفسية بالنظر إلى متغيرات الشخصية من تقبل الحدث وتوقع حدوثه، ومدة دوامه وأهميته ومدى القدرة على ضبطه والتحكم فيه، من هذا الأعمال نميز دراسات كل من **Thaits (1983)** Û **Chesney** و **Rosenman (1983)**Û **Friedman**و **Booth(1987)**Û **Lazarus** و**Folkman (1984)** و**Smith** (**1993**) نقلا عن (**Cain& Smith.1994,P222**) ووجدوا أن أثر الحدث ليس نفسه بالنسبة لشخصين نظرا لإختلاف طريقتهما في التحكم في الوضعية، وحسب السند الذي يقدمه المحيط لذلك فإن الأحداث الحياتية لا تسمح بالتنبؤ بالإضطرابات التي سيعاني منها الأشخاص القلق أو الإكتئاب أو الإضطرابات السيكوسوماتية، فالإستجابة الوجدانية لضغط إجتماعي ليست مرتبطة بحدث معين وإنما ترتبط بفرد ما.

3-12 النظرية المعرفية (التقدير المعرفي لحجم الضغط)

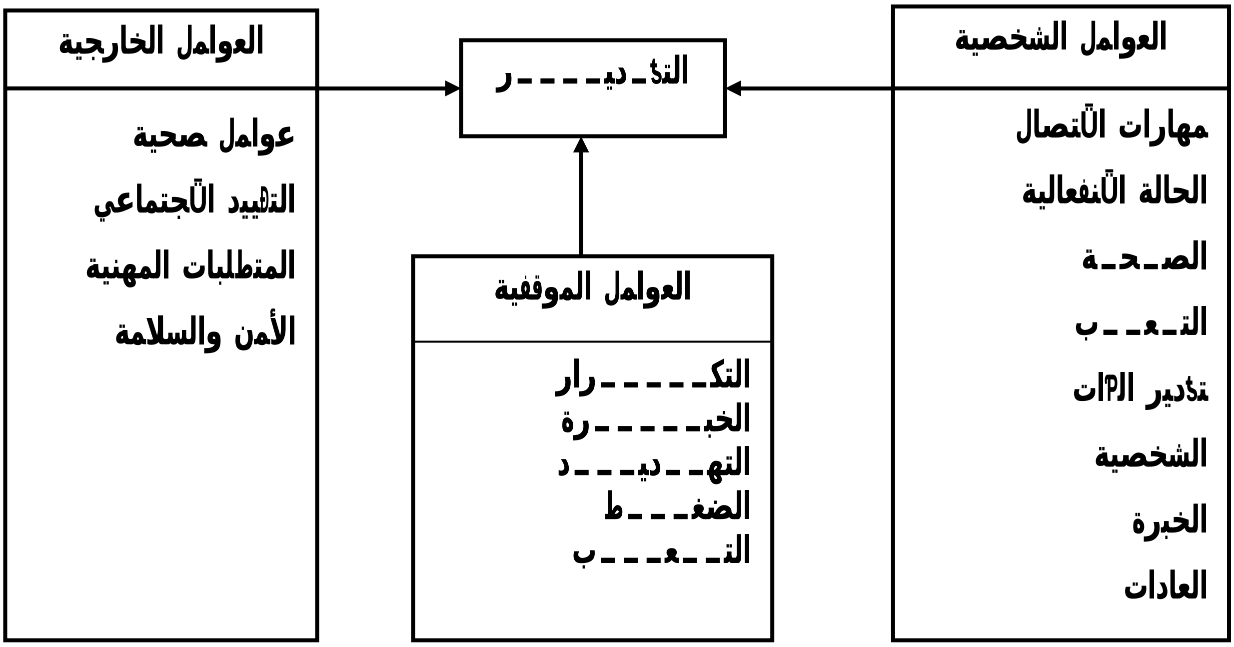
يلعب التقدير المعرفي من قبل الفرد لحجم الضغط الواقع عليه دورا في تحديد الأثار الإنفعالية والفسيولوجية التي يسببها الحدث الضاغط، وهو ما يفسر لنا تباين إستجابة الأفراد لحدث ضاغط واحد، وعادة ما يتم تقدير الحدث المثير وفقا لثلاث إتجاهات هي الضرر أو الأذى ويتضمن وجود تلف أو خسارة وقعت بالفعل، والتهديد ويتضمن نتائج متوقعة أو مستقبلية، والتحدي ويتضمن أحداث مستقبلية ربما تتضمن فوائد شخصية. وليس من الضروري أن يكون التقدير المعرفي عقلاني أو شعوري، ولكن ربما يكون آلي، وغير عقلاني ولا شعوري **(عبد الرحمن**Û **2000**Û **ţ 312)**.

ويرى " **Lazarus** " نقلا عن **عثمان** (**2001**Û **ţ 100**) أن التقدير المعرفي هو مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد، حيث أن تقدير كم التهديد ليس مجرد إدراك مبسط للعناصر المكونة للموقف، ولكنه رابطة بين البيئة المحيطة بالفرد وخبراته الشخصية مع الضغوط وبذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف. ويعتمد تقييم الفرد للموقف على عدة عوامل منها العوامل الشخصية، والعوامل الخارجية الخاصة بالبيئة الإجتماعية، والعوامل المتصلة بالموقف نفسه.

وتعرف نظرية التقدير المعرفي الضغوط بأنها تنشأ عندما يوجد تناقض بين متطلبات الشخصية للفرد ويؤدي ذلك إلى تقييم التهديد وإدراكه في مرحلتين، إحداهما تختص بتحديد ومعرفة أن بعض الأحداث هي في حد ذاتها شيء يسبب الضغوط، والأخرى يحدد فيها الطرق التي تصلح للتغلب عـلى المشكلات التي

تظهر في الموقف، لذلك إن ما يعتبر ضاغطا بالنسبة لفرد ما لا يعتبر كذلك بالنسبة لفرد آخر، ويتوقف ذلك على سمات شخصية الفرد وخبراته الذاتية ومهاراته في تحمل الضغوط وحالته الصحية، كما يتوقف على عوامل ذات صلة بالموقف نفسه من حيث نوع التهديد وكمه والحاجة التي تهدد الفرد، وأخيراعوامل البيئة الإجتماعية كالتغييرالإجتماعي ومتطلبات الوظيفة (**عثمان، 2001، ص 100**).

و يمكن رصد نظرية التقدير المعرفي للضغوط في الشكل التالي: **(عثمان، ص 101).**

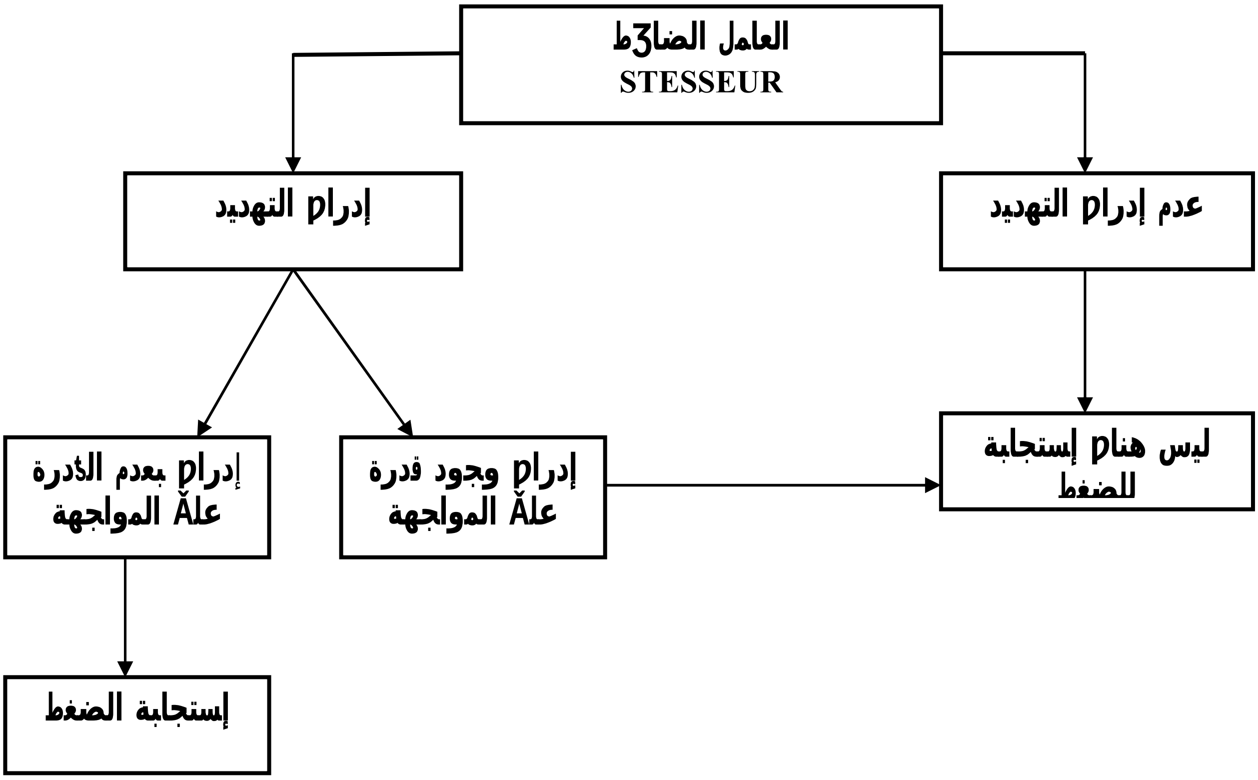


شكل رقم (5): نظرية التقديرالمعرفي للضغوط

ويضيف "**Folkman و Lazarus**" **(1984، ص 135)** بأن الضغط النفسي هو بذلك علاقة خاصة بين الفرد والبيئة التي يعتبرها الشخص بأنها مرهقة وتتجاوز مواردا وإمكاناته الشخصية وتعرض صحته للخطر. يرتكز الضغط هنا على مفهومي التقدير المعرفي والمواجهة، فالتقدير المعرفي تحدد ما إن كانت المعاملة أو الإجراء المعطى للحدث ثم إدراكه من طرف الفرد كمولد للضغط ، والمواجهة هي العملية التي من خلالها يدير الفرد المطالب والإنفعالات الناتجة عن تفاعلات الفرد بالبيئة والتي يدركها الفرد أنها مولدة للضغط، وإن تنوع إستراتيجيات المواجهة المستعملة كإستجابة للضغط المدرك تفيد نفسيا للتوسط بين أثر الضغوط والنتيجة التكيفية للوظيفة النفسية والإجتماعية وأسلوب الحياة والصحة النفسية والجسدية.

إن الطريقة التي يدرك بها الفرد الوضعية الضاغطة والحلول الممكنة لها تحدد في جزء كبير إستجابته للضغط، ولقد طور "**Lazarus** " نقلا عن (**Légeron & Andre,1993,P78**) نموذج يظهر فيه أهمية التقييم (التقدير المعرفي) الذي يضعه الفرد تجاه الموقف الضاغط.

يمكن توضيح نموذج "**Lazarus** " في الشكل التالي: **(Legeron & André ,P79)**



شكـل رقم (6): نـمـوذج التـقـييم المـعرفي للضـغـط

كما يضيف "**Lazarus**" أن عملية التقييم (التقدير المعرفي) تتم على مرحلتين وهي:

- **تقييم أولي**: يقوم الفرد بالحكم على الطابع المؤذي والخطر أو المهدد للعامل الضاغط.
- **تقييم ثانوي**: يقوم الفرد بتقدير قدراته على مواجهة الوضعية الضاغطة.

ويجب الإشارة إلى أن هذان التقييمان يؤثران على بعضهما، وبالأخص تلك الخاصة بإدراك الموارد الشخصية للمواجهة التي ستؤثر بدورها على إدراك خطورة العامل الضاغط.

لقد وضح "**Lazarus**" نقلا عن (**Legeron & André, p80**) في مخططه السابق أهمية عملية التقدير المعرفي للفرد عند تعرضه لوضعية ضاغطة، وبين أن ليس العامل الضاغط الذي يثير إستجابة الضغط وإنما إدراك الفرد للحدث أوالعامل الضاغط (مثلا هل هو مؤذي أومهدد أو خطر) هو الذي يحدد

إستجابته، فإذا أدرك عدم وجود تهديد لاتحدث الإستجابة، لكـن إذا أدرك أن الحدث مؤذي ومهدد أو لا يملك قدرة للمواجهة هنا تظهر إستجابة الضغط، فهي نتيجة لفقدان التوازن بين المتطلبات الداخلية والخارجية وقدرات الفرد للمواجهة. وعليه، فالطريقة التي يدرك بها الأفراد الضغوط وأساليب مواجهتهم لها هي التي تؤثر على صحتهم النفسية والجسدية والإجتماعية.

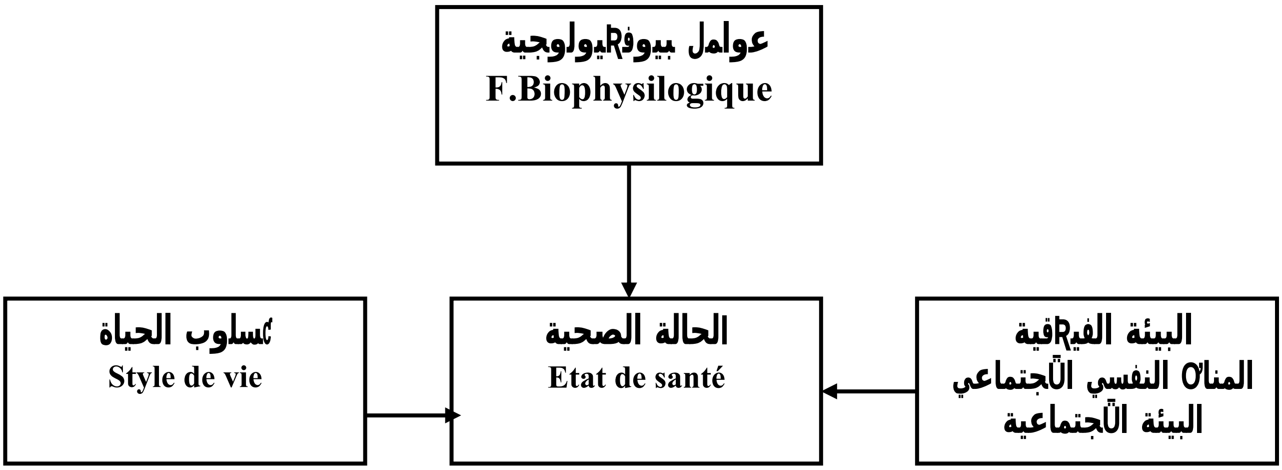
4-12 التناول النفسي العصبي ـ المناعي (Psychoneuroimmunology)

يعتبر التناول النفسي العصبي المناعي نموذج شامل لفهم العلاقات بين الضغط والمرض، ذلك أن المسار من الضغط إلى المرض عملية معقدة ومتعددة الأوجه حيث تساهم فيه ليس فقط نوعية الأحداث الضاغطة بل أيضا تصورات وإدراكات الفرد تجاۤا الحدث، فهناك تفاعل نفسي فيزيولوجي مع الأحداث، أي يهتم بتفاعلات الجهاز العصبي، والغددي، والمناعي وطبيعة تأثير العوامل النفسية الإجتماعية وإنعكاساتها الصحية. وفي هذا السياق، أشارت عدة دراسات إبدميولوجية وتجريبية منها أعمال " **Glaser** و**Kiecolt (1988)** و**Felton** و"**Cohern(1991)** و" **New berry (1991)** نقـلا عـن **(Cain & Smith .1994.P224)** بأنه يمكن للضغط تغيير الوظيفة المناعية فتظهر القابلية للإصابة بالمرض أو ظهور مرض حقيقي. ضف إلى ذلك، ليس هناك ميكانزم واحد أساسي للعلاقة بين الضغط والمرض، فمن الناحية النفسية يمكن للوجدانات السلبية كالعدوانية، والإكتئاب والقلق التي كثيرا ما تصاحب الضغط أن تكون العامل الأول الذي يؤثر على الجهاز المناعي، ومن جهة أخرى يمكن لأية متغيرات سواء كانت فردية أوموقفية أوخارجية أن تؤثر على الوظيفة النفسية والتي بدورها تؤثر على الوظيفة المناعية.

أما من الناحية الفيزيولوجية، فإن إستجابة الضغط تشمل إثارة وتنشيط الجهاز السمباتي الأدرينالي- النخاعي الناتجة عن تحرير الأبنفرين والنوريبنفرين، وكذلك تنشيط جهاز ما تحت المهاد- النخامي الأدرينالي القشري الذي يؤدي إلى تكوين البيبتيدات والكورتزول، لذلك ربما تكمن العلاقة الفيزيولوجية الهامة بين الضغط والمرض في آثار زيادة الكورتزول (**cortisol**) في الجهاز المناعي بحيث يؤدي إلى تقليص عدد ووظـيفة الخلايا اللمفاوية ونشاط الخلايا القاتلة الطبيعية، وبالتالي زيادة القابلية للانجراθ والإصابة بالمرض (**Cain & Smith .1994.P224**).

تـمـهـيـد

يمكن تفسير الصحة والمرض على المستوى النظري من خلال تحديد التفاعلات بين مختلف العوامل التي تؤثر في الحالة الصحية، منها العوامل البيولوجية التي تضم الخصائص والعمليات البيولوجية للعضوية، والعوامل البيئية وتشتمل كل ما هو خارج عن العضوية وأخيرا العوامل المرتبطة بأسلوب الحياة ونمط العيش من الإتجاهات، والقيم، والإدراكات و التصورات التي تؤثر بدورها على القرارات السلوكية للفرد في حياته اليومية، وفي العمل أو في الوسط العائلي. وفيما يلي مخطط يوضح أهم محددات الحالة الصحية:



شكل رقم (7): محددات الحالة الصحية

يتضح من الشكل رقم **(7)** أن هناك تفاعل بين مختلف هذا العوامل فـي تحديد الحالة الصحية للفرد، ولكـل منها تأثير مختلف نسبيا. وفـي هذا السياق، يشـير **"Schneider" (1972)** نقـلا عـن **(Giovannini et al , 1986 , p16)** بأن محاولات فهم العوامل السببية للأمراض أظهرت أهمية العوامل النفسية والإجتماعية التي يمكن أن يكون لها دور أساسي أو ثانوي في تحديد العديد من الحالات المرضية. كما تعددت التناولات النظرية التي إهتمت بتفسير العلاقة بين الضغط، الصحة والمرض، حيث يتعامل الباحثون المعاصرون مع الضغوط وتأثيراتها على الصحة العامة للفرد على أساس التداخل والتكامل بين العقل والجسم والمجتمع أو تفاعل الجانب الفسيولوجي مع الجانب النفسي-الإنفعالي و الجانب الإجتماعي. وسنحاول لاحقا تقديم بعض النماذج النظرية التي تناولت الطرق التي تربط الضغط النفسي بالصحة والمرض.

1- نماذج " Cohen " التي فسرت علاقة الضغط بالمرض

يميز " Cohen " **(1979)** نقلا عن(**Giovannini et al , p99-102**) ثلاث نماذج أساسية خاصة بتصنيف وضعية الضغط وكيفية الإستجابة لها وهي:

- نموذج الإستسلام والتخلي **(Modèle de renoncement).**
- نموذج تراكم التغيرات الحياتية **(Modèle d'accumulation de changement de vie).**
- نموذج تقييم الوضعية الضاغطة **(Modèle d'évaluation de la situation stressante).**

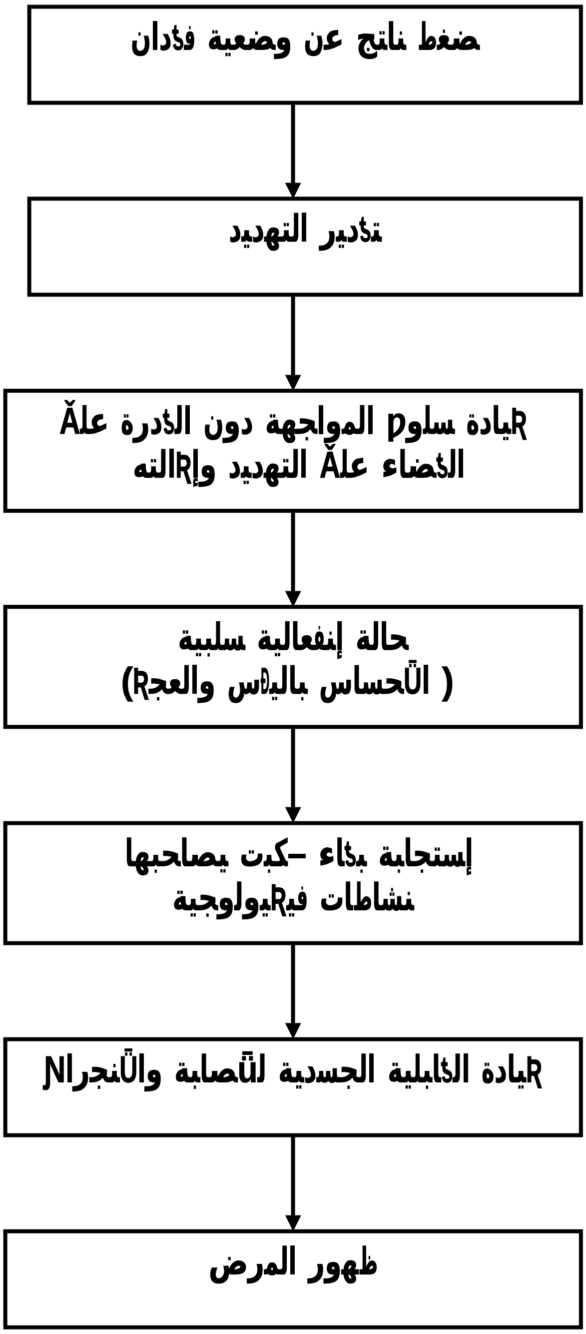
ونظرا لأهمية هذا النماذج في تفسير العلاقة بين التعرض للضغوط النفسية والإصابة بالمرض، سنتعرض لها فيما يلي بنوع من التفصيل.

1-1 نموذج الاستسلام

إن مفهوم الإستسلام النفسي**(Renoncement psychologique)** يشمل الإحساس بالإخفاق والإعتراف بالهزيمة، وكثيرا ما إستعمل في الدراسات الخاصة بوضعيات الفقدان الهامة الناتجة عن حالات الموت غيرالمتوقعة، ومن هذا الوضعيات نميز موت الزوج أو الزوجة، أو شخص عزيز. ففي حالة الفقدان من النمط العلائقي مع الآخرين فإن الإستجابة التي تتضمن الإعتراف بالهزيمة والإستسلام يمكن أن تسبق ظهور وتطوير أمراض مختلفة لدى الأفراد الذين لديهم إستعداد جسدي، أوالذين يتميزون بقابلية الإنجراف تجاه نشاط العوامل الخارجية المرضية.

فالضغط في هذا النموذج يمثل ظاهرة تتميز بالشعور بالعجز واليأس وإحساس الفرد بعدم قدرته على مواجهة هذا التغيرات الواقعة سواء لفترات قصيرة أو طويلة، كما أن طرق المواجهة المستعملة في الماضي تبدو غير مجدية أو أنها لم تعد توافقية بصفة كافية، ولذلك فإن ظهور المرض وفق هذا التناول يرتبط ببعض الميكانزمات الفيزيولوجية النوعية كنشاط الجهاز العصبي، كما يرتبط بالإحساس بالعجز مما يؤدي بدورها إلى زيادة القابلية للإصابة.

فيما يلي رسم تخطيطي لهذا النموذج في تفسير العلاقة بين الضغط الناتج عن الفقدان وظهور المرض **(Giovannini et al , p99-102)**.



شكل رقم (8) : نموذج الاستسلام لـ **Cohen**

1 - 2 نموذج تراكم التغيرات الحياتية

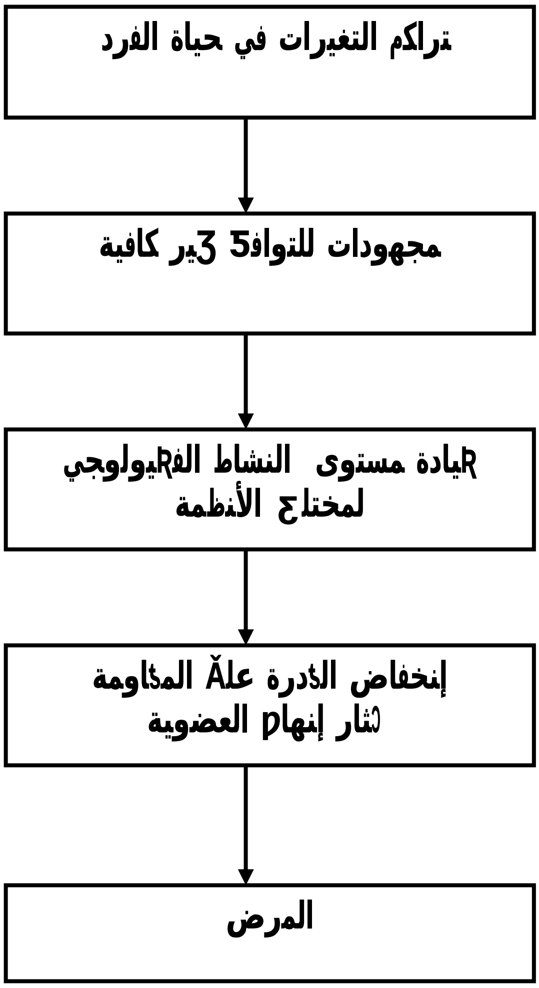
إهتمت العديد من الدراسات بتحليل الإرتباط الموجود بين الأحداث الضاغطة في حياة الفرد وظهور مرض ما. فالضغط في هذا المنظور يتضمن التغيرات الحياتية ومتطلبات تغيير دالة في وجود الفرد. ويمكن التحدث هنا عن التغيرات الإيجابية أو السلبية كالزواج، والطلاق والفصل عن العمل ، ويظهر أن مثل هذه الأحداث تمثل ضغوطا قوية للفرد. وفي هذا السياق، أظهر"**Cohen**" وآخرون نقلا عن (**Giovannini et al , p101 - 104**) وجود إرتباط بين تراكم الأحداث الضاغطة التي تتطلب تغيرات في أسلوب حياة الفرد وبخلاف عن ما هو معتاد، خلال فترة زمنية موجزة والتي تسبق مباشرة بداية ظهور المرض وتطوره، وتمتد هذه الفترة بين 6 أشهر إلى سنتين.

عموما، يشير هذا النموذج إلى أن تراكم الأحداث السارة أو المؤلمة تتطلب من الفرد جهودا للتوافق، والتي تفرض على المستوى النفسي زيادة في مستوى النشاط، وإن إستمرار مثل هذا النشاط يحدث آثار إنهاك العضوية وإجهادها، وهذا ما يؤدي إلى مقاومة أقل للمرض.

وفي هذا الصدد، أكدت البحوث التجريبية وجود إرتباط بين تغيرات الحياة حتى المتوقعة منها وتواتر المرض، كما قدمت دليلا بأن هذه التغيرات الحياتية الإيجابية أو السلبية تؤدي إلى زيادة في الإستجابة الفسيولوجية، مع ذلك يبقى كيفية تأثير إستجابات الأنظمة الفسيولوجية على القابلية العامة للإصابة بالمرض غير معروف بعد.

يتضح من سرد هذا التناول أن تعرض الفرد لأحداث حياتية ضاغطة سواء كانت إيجابية أو سلبية وتراكمها وما تتطلبه من تغيرات في أسلوبه في الحياة، قد تشعره بالعجز وينعكس ذلك في مجهوداته للتوافق التي تصبح غير كافية وأقل فعالية، مما يثير إستجابة فسيولوجية تتضمن زيادة في مستوى النشاط الفسيولوجي لمختلف الأنظمة، مما ينجر عنه إنهاك للعضوية تاركة آثارها على شكل إنخفاض قدرتها على المقاومة، وهذا ما يؤدي إلى زيادة قابليتها للإصابة بالمرض. وعليه، يظهر أن تراكم التغيرات الحياتية وتجاوزها لقدرة الفرد على التعامل معها وتسويتها قد يؤثر ذلك على صحته وتعرضه للمرض.

و يمكن تلخيص هذا النموذج في المخطط التالي: **(Giovannini et al , p104).**



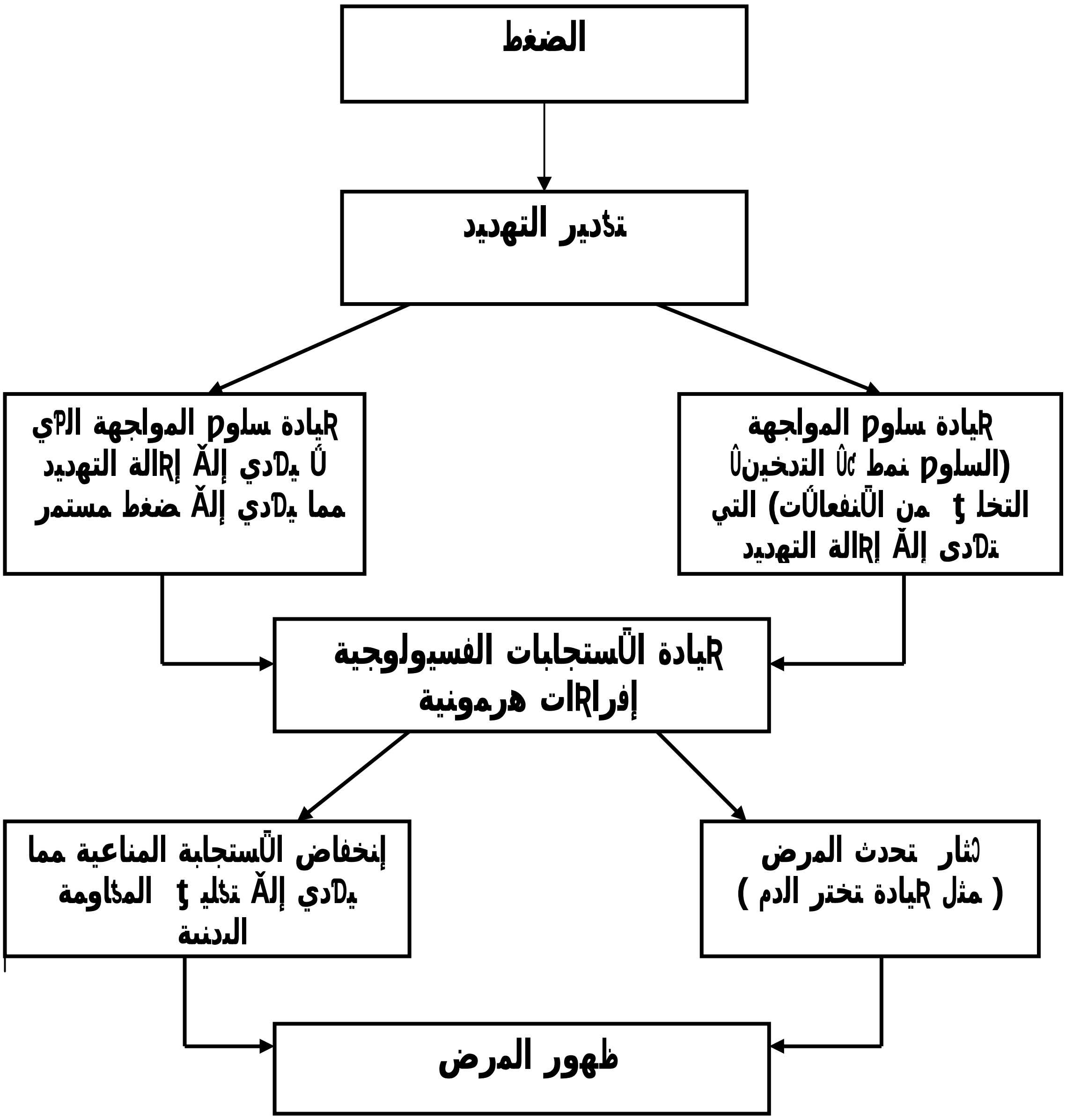
شكل رقم (9) : نموذج تراكم التغيرات الحياتية

1- 3 نموذج تقييم الوضعية الضاغطة

يوضح هذا النموذج بأن العلاقة بين الوضعيات الضاغطة التي يعيشها الفرد وإنعكاساتها على حالته الصحية ليست ببسيطة ولا مباشرة، وإنما يتم تأثيرها بطريقة معرفية حيث ترتبط بالتقييم والتقدير الذي يعطيه الفرد للموقف إن كان ضاغطا أم لا. ويأخذ هذا التناول بعين الإعتبار عوامل أخرى يظهر أنها تتدخل وتتوسط العلاقة بين الضغط والمرض مثل الإستعداد البيولوجي، والسوابق المرضية، والتقدير المعرفي الذي يعطيه الفرد للموقف، والدعم الإجتماعي المتوفر، وإستراتجية المواجهة المستعملة تجاه الوضعية، والتغييرات الحياتية التي قد تؤثر على نشاطاته و نظامه الغذائي...الخ. لذلك يعتبر هذا النموذج تناول تفاعلي لدراسة الضغط**(Giovannini et al , p103.104).**

وللضغط في هذا النموذج أثر فيزيولوجي يتمثل في تنشيط الجهاز الهرموني، والذي يؤدي بدورا إلى إنعكاسين مختلفين زيادة تخثر الدم وتقليص الإستجابة المناعية، وكل منهما على إرتباط بأمراض خاصة. ويظهر في هذا النموذج مدى تعقد العلاقات بين العوامل النفسية والإجتماعية والفيزيولوجية في تحديد المرض (**Giovannini et al , p103.104).**

يمكن تلخيص هذا النموذج في المخطط التالي: **(Giovannini et al , p104)**

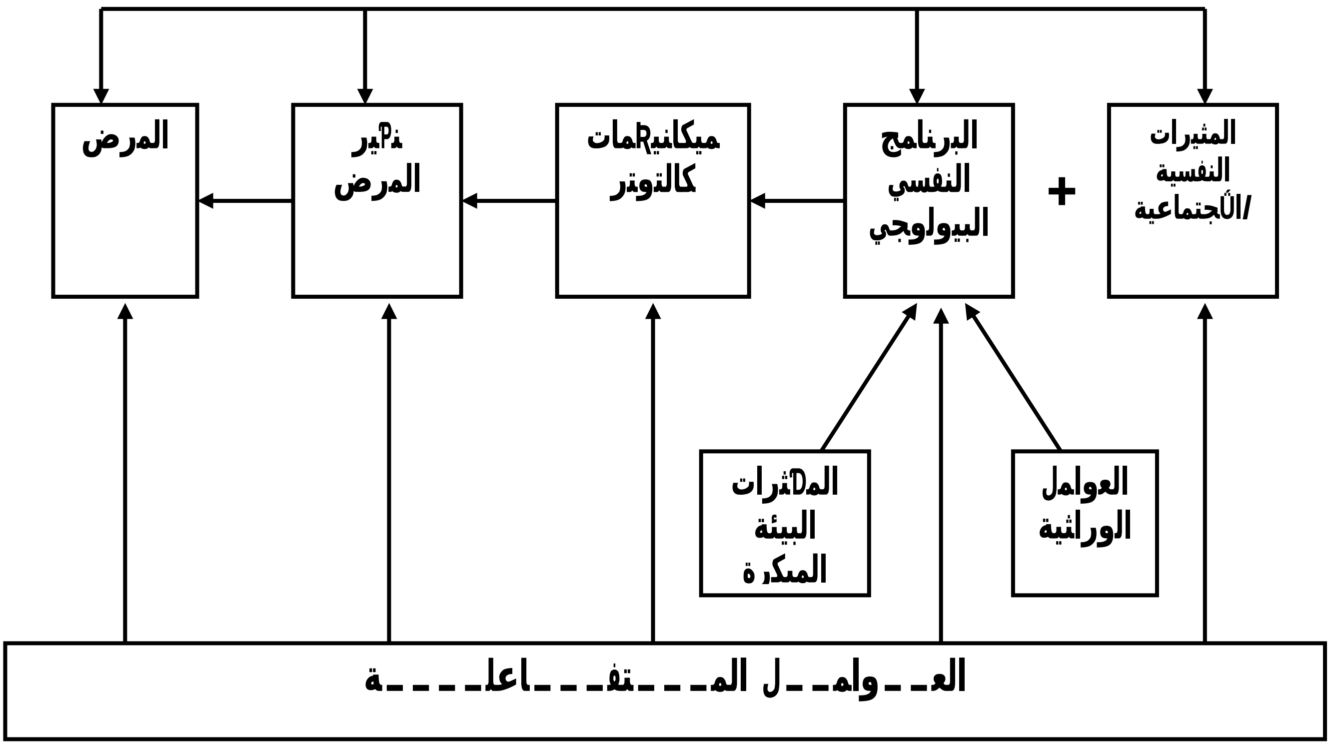


شكل رقم (10) : نموƋ تƀييم الوضعية الضاƷطة

2- نموذج Levi (1971)

وضع " **Levi** " نموذجا يفترض فيه أن العوامل النفسية- الاجتماعية تلعب دورا وسيطا في العلاقة مع المرض العضوي، حيث يرى أن تغيرات نفسية- إجتماعية يمكن أن تعمل كمصدر للتوتر أو كمثيرات لإستجابات بيولوجية غير محددة، وترتطم هذا المثيرات في فرد ما مع البرنامج السيكوبيولوجي المسبق له أو مع نزوعه وميله للإستجابة العصبية والهرمونية وفقا لنمط معين، ويشمل هذا النزوع كل من العوامل الوراثية والمؤثرات البيئة المبكرة حيث تهيئ هذا الإستجابة الكائن العضوي لبعض أنماط النشاط الجسمي كالكر أو الفر أي المواجهة أو الهروب في المواقف المختلفة، ومن ثم تؤثر إستجابة التوتر غير المحددة هذا كنذير للمرض أو إختلال في النظام النفسي الفسيولوجي الذي لا يرقى بعد إلى درجة العجز، حيث يعرف المرض بأنه عجز أو فشل في النظام النفسي أو الجسمي على القيام بمهام ضرورية، كما إفترض "**Levi**" أن وجود العوامل المتداخلة سواء كانت جوهرية أو عرضية يمكن أن تيسر أو تعسر حدوث المرض (**نقلا عن عبد الرحمن، 2000، ص 304).**

و يمكن تلخيص هذا النموذج في المخطط التالي:(**عبد الرحمن، 2000، ص 304)**



شكل رقم (11) : نموذج " Levi " لتفاعل العوامل النفسية والبيولوجية في المرض.

3 – نموذج " Cox " و" Mockay "(1982)

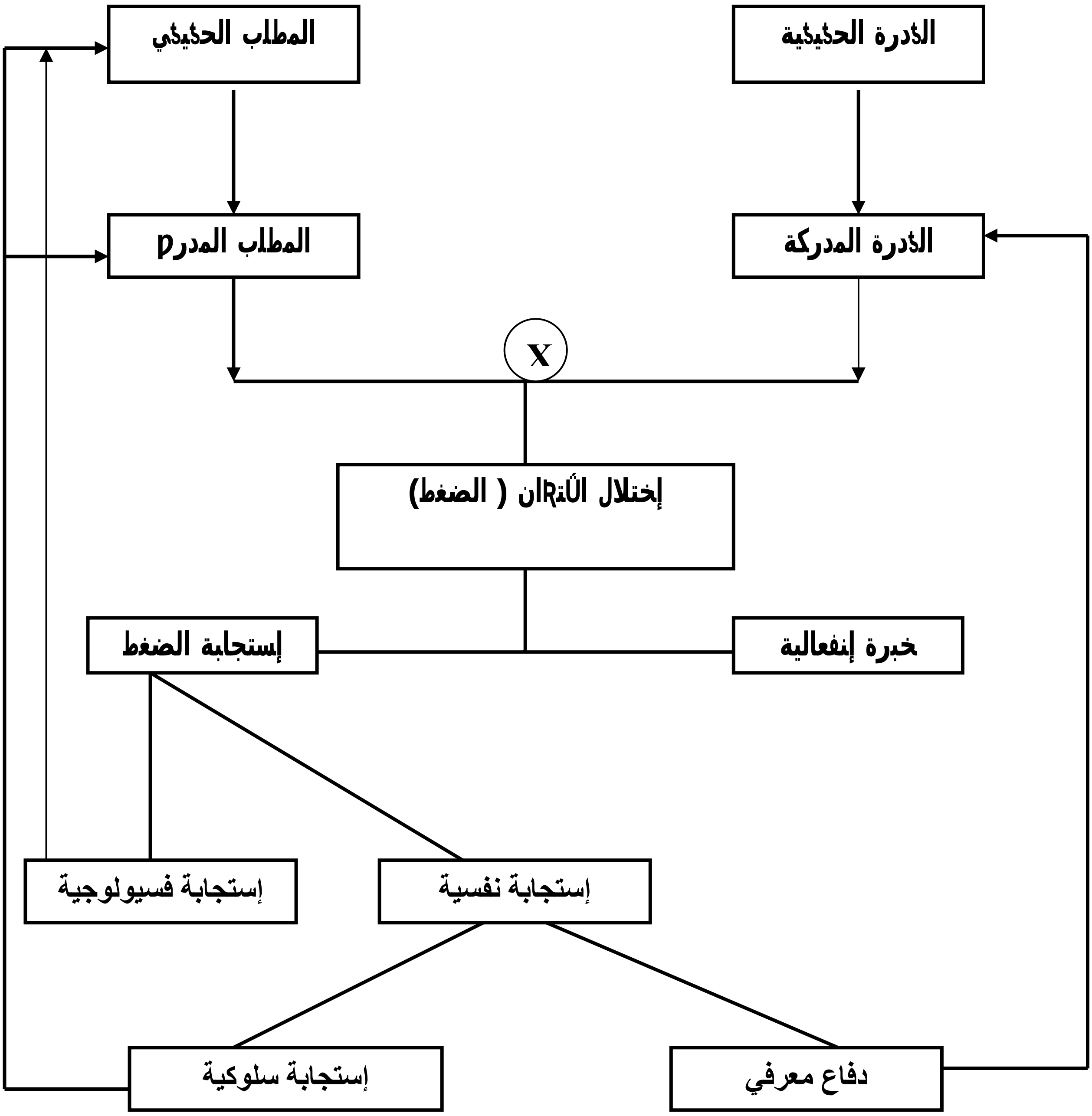
ويعرف بنموذج " **كوكس**" و" **ماكاي**" للتحويل بين الإنسان والبيئة، ويقترح واضعوها أنه يمكن وصف الضغط كجزء من منظومة معقدة وديناميكية من التعاملات بين الشخص وبيئته، كما يشتمل النموذج على خمس مراحل تكون فيما بينها علاقة تغذية راجعة، فالمنظومة الموصوفة دائرية أكثر من كونها منظومة خطية (**نقلا عن عبد الرحمن، 2000 ، ص 307 – 309).**

ويشتمل نموذج كوكس- ماكاي على خمس مراحل، وتمثل المرحلة الأولى بمصادر المطلب المرتبطة بالشخص وتعتبر جزءا من بيئته، وينظر إلى الطلب دائما على أنه عامل في بيئة الفرد الخارجية، ويميز النموذج بين المطالب الداخلية والخارجية، إن للفرد حاجات نفسية وفزيولوجية وإشباعها يعتبر أمرا هاما في تحديد سلوكه وتمثل هذه الحاجات مطلبا داخلي المنشأ أي يتولد داخل الفرد نفسه.

أما المرحلة الثانية فهي تتمثل في إدراك الشخص للمطلب ولقدرته الخاصة على التعامل معه، ويمكن القول أن الضغط ينشأ عندما يكون هناك عدم توازن بين المطلب المدرك، وإدراك الفرد عن إمكانياته لمواجهة هذا المطلب. ويركز صاحبا النموذج على أن التوازن وعدم التوازن ليس بين المطلب والقدرة الحقيقية للشخص، وإنما هي بين المطلب المدرك (كما يدركه الفرد) والقدرة المدركة (أي إدراك الفرد لقدراته) وما هو هام بالنسبة للإنسان هو تقديره المعرفي للموقف الذي يحمل ضغطا ولقدرته على التعامل معه، فإذا كان الموقف يتطلب الكثير من الفرد ولكن هذا الأخير لم يتحقق من حدوده (جوانب القصور لدى الفرد نفسه) فإن سيعمل بدون أن ينضغط إلى أن يصبح واضحا له أنه لا يمكنه التعامل وعليه حينئذ أن يدرك محدودية قدراته وعدم التوازن بين المطلب والقدرة ومن ثمة فإنه يعايش حالة الضغط، وهذه بدورها يصحبها تغيرات في الحالة الفيزيولوجية وبمحاولات معرفية وسلوكية لخفض الطبيعة الضاغطة للمطلب ومثل هذا النشاط يعبر عنه عادة في شكل تغير في النمط السلوكي المعتاد. وهذه التغيرات النفسية الفيزيولوجية تمثل المرحلة الثالثة لهذا النموذج وهي تمثل الإستجابة للضغط.

أما المرحلة الرابعة وهي أهم المراحل تهتم بنتائج الإستجابات الخاصة بالتعامل والمواجهة، وقد إقترح أن الضغط يقع عندما يكون الإخفاق في مواجهة مطلب أمرا هاما أو من خلال توقع النتائج المعاكسة الناشئة عن الإخفاق في تلبية المطلب. أما المرحلة الخامسة والأخيرة فهي تلك الخاصة بالتغذية الراجعة وهي تحدث في كل المراحل الأخرى في منظومة الضغط وهي فعالة في تشكيل النتيجة عند كل مرحلة من المراحل (**نقلا عن الشناوي وعبدالرحمن، 1994، ص 14-16**).

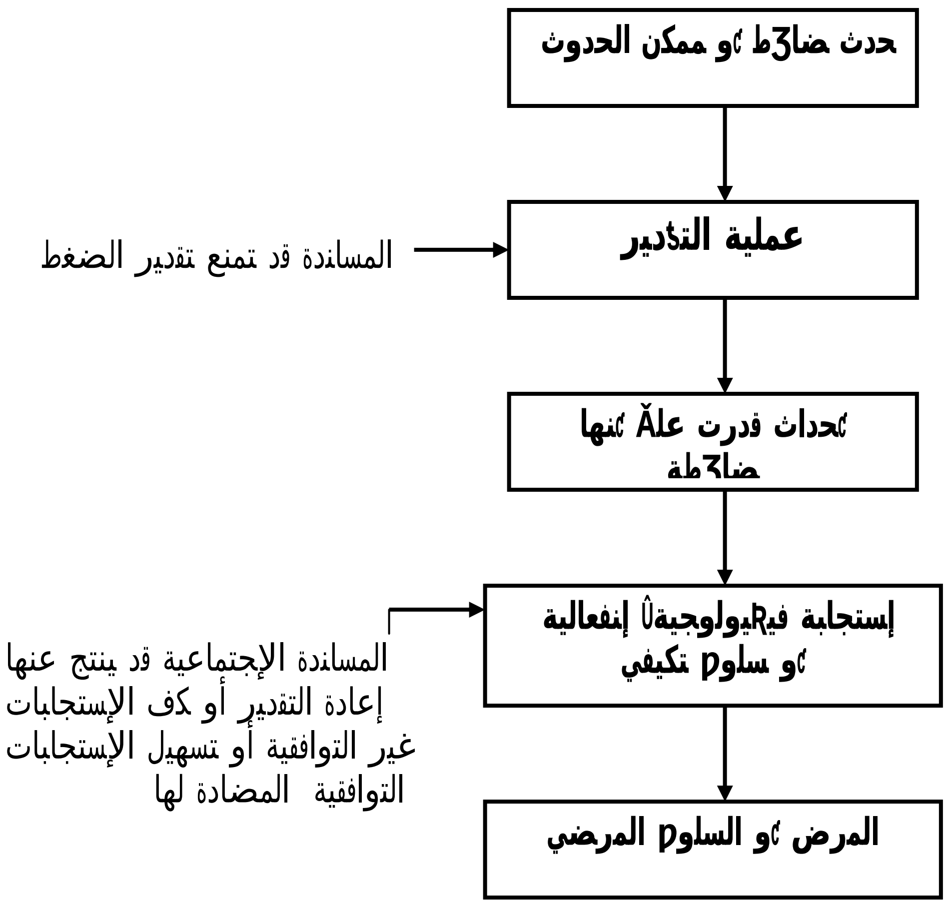
ويوضح الشكـل التـالي نموذج **كـوكس وماكـاي** للضغط (**نقلا عن الشناوي وعبدالرحمن، 1994، ص 15**).



شكل رقم (12) : نموذج " كوكس وماكاي" للضغط

4- نموذج الأثر الواقي لـ Cohen وآخرون (1985)

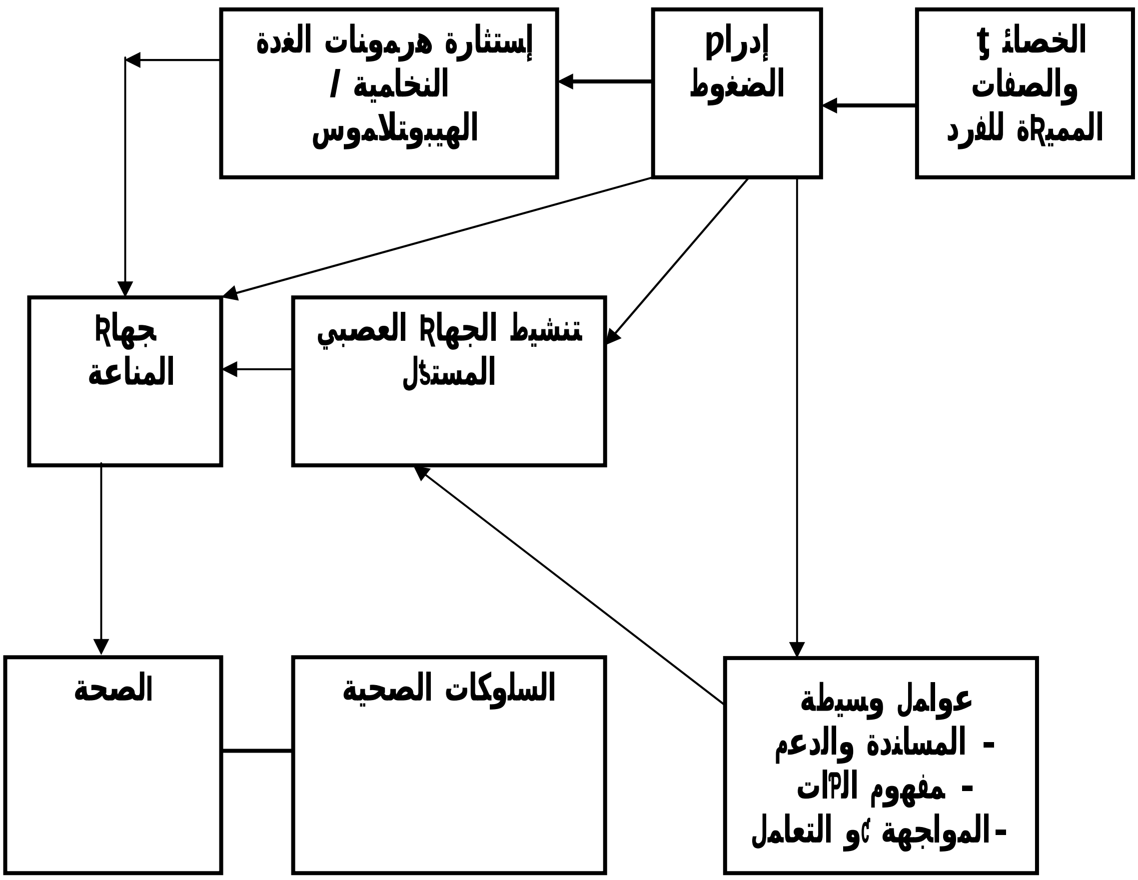
يرى أصحاب هذا النموذج أن التأييد والمساندة الإجتماعية سواء كانت عاطفية أو مساعدة عملية في المهام التي تثير التحدي، تمنح الحصانة ضد الآثار البيولوجية السلبية للتوتر، كما تقوم المساندة بدورها في نقطتين مختلفتين في هذا التتابع السببي الذي يربط الضغط بالمرض، ففي أولاها يمكن للمساندة أن تتدخل بين الحادث الضاغط وردود الأفعال المصاحبة، حيث تقوم بتخفيف أومنع إستجابة تقدير الضغط، ومعها يشعر الشخص أن الحدث الضاغط ليس خطرا أو شديدا، وثانيها قد تتدخل المساندة بين خبرة الضغط وظهور الحالة المرضية أو السلوك المضطرب فتقلل أو تستبعد رد الفعل الضاغط بالتأثير المباشر على الحالة الفيزيولوجية، ومن ثم تؤدي إلى التخفيف أو التهوين من الأهمية التي يدركها الشخص للمشكلة، ومن ثم كبح الهرمونات العصبية المسببة للتغيرات الجسمية كزيادة ضربات القلب وتجلط الدم أو غيرها. فيما يلي رسم تخطيطي لهذا النموذج **(نقلا عن عبد الرحمن ، 2000 ، ص 320-321)**:



شكل رقم (13) : نموذج الأثر الواقي لـ cohen و آخرون (1985)

5 - نموذج الضغط - الإجهاد (النموذج الحيوي - النفسي - الإجتماعي)

وضع هذا النموذج كل من Kaplan وآخرون (1993) نقلا عن (عبد الرحمن، 2000، ص 310) وهم يرون أن العلاقة بين الضغط وأحداث الحياة من جهة والصحة أو المرض من جهة أخرى معقدة جدا، فأحداث الحياة تستثير إدراكات الفرد لها والتي يدخل في إطارها كل من المساندة الإجتماعية ومفهوم الذات وقدرة الفرد على المواجهة كعوامل وسيطة، ويصاحب ذلك تنشيط لكل من هرمونات الغدة النخامية والهيبوتلاموس ونشاط الجهاز العصبي المستقل وينعكس كل ذلك على جهاز المناعة الذي يمثل المحدد الأساسي لما يتمتع به الفرد من صحة أو مرض. ويمكن توضيح ذلك في النموذج الآتي: **(نقلا عن عبد الرحمن، 2000، ص 311).**

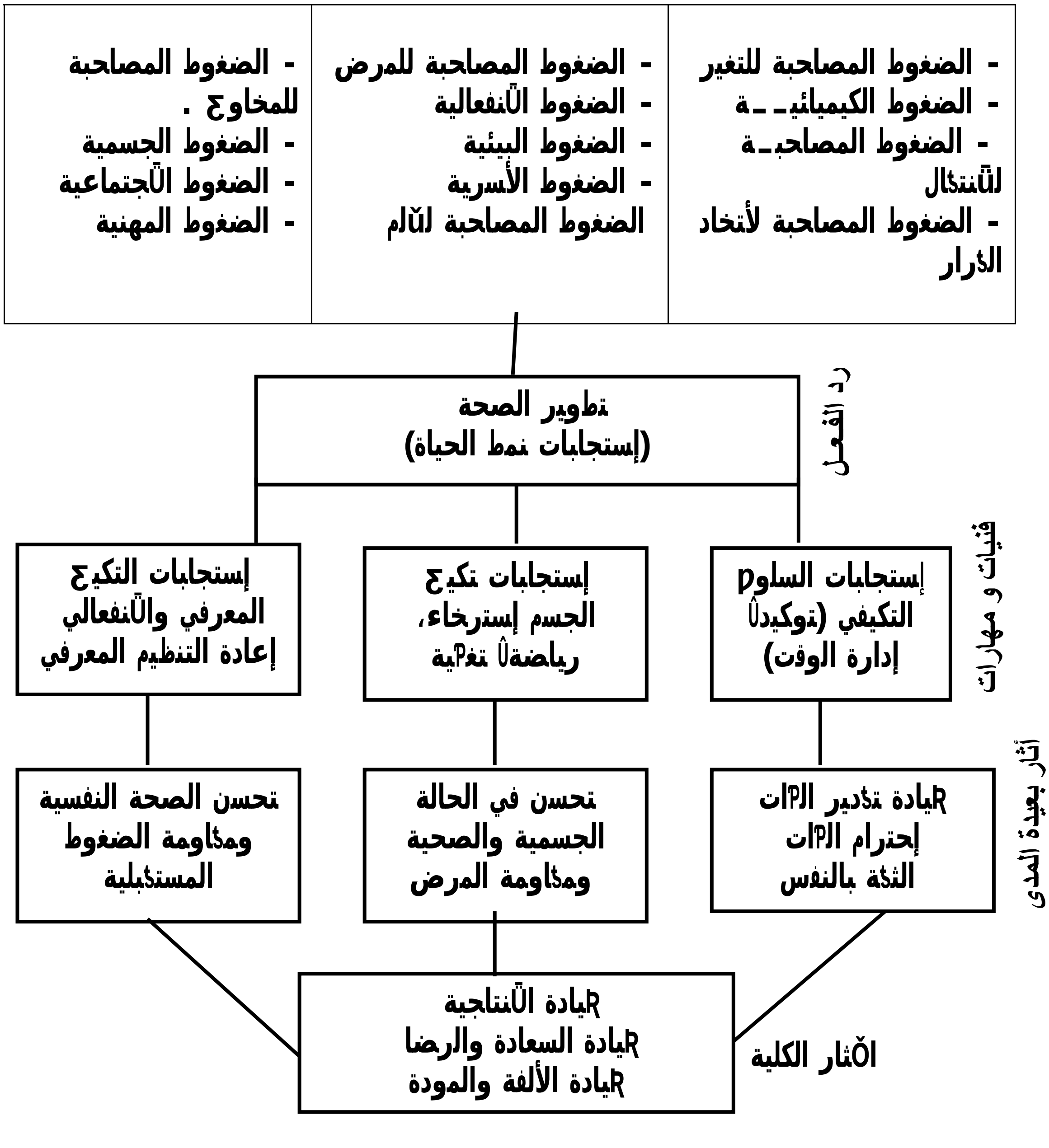


شكل رقم (14) : النموذج الحيوي - النفسي - الاجتماعي

6 - نموذج Nathan وWorth (1984)

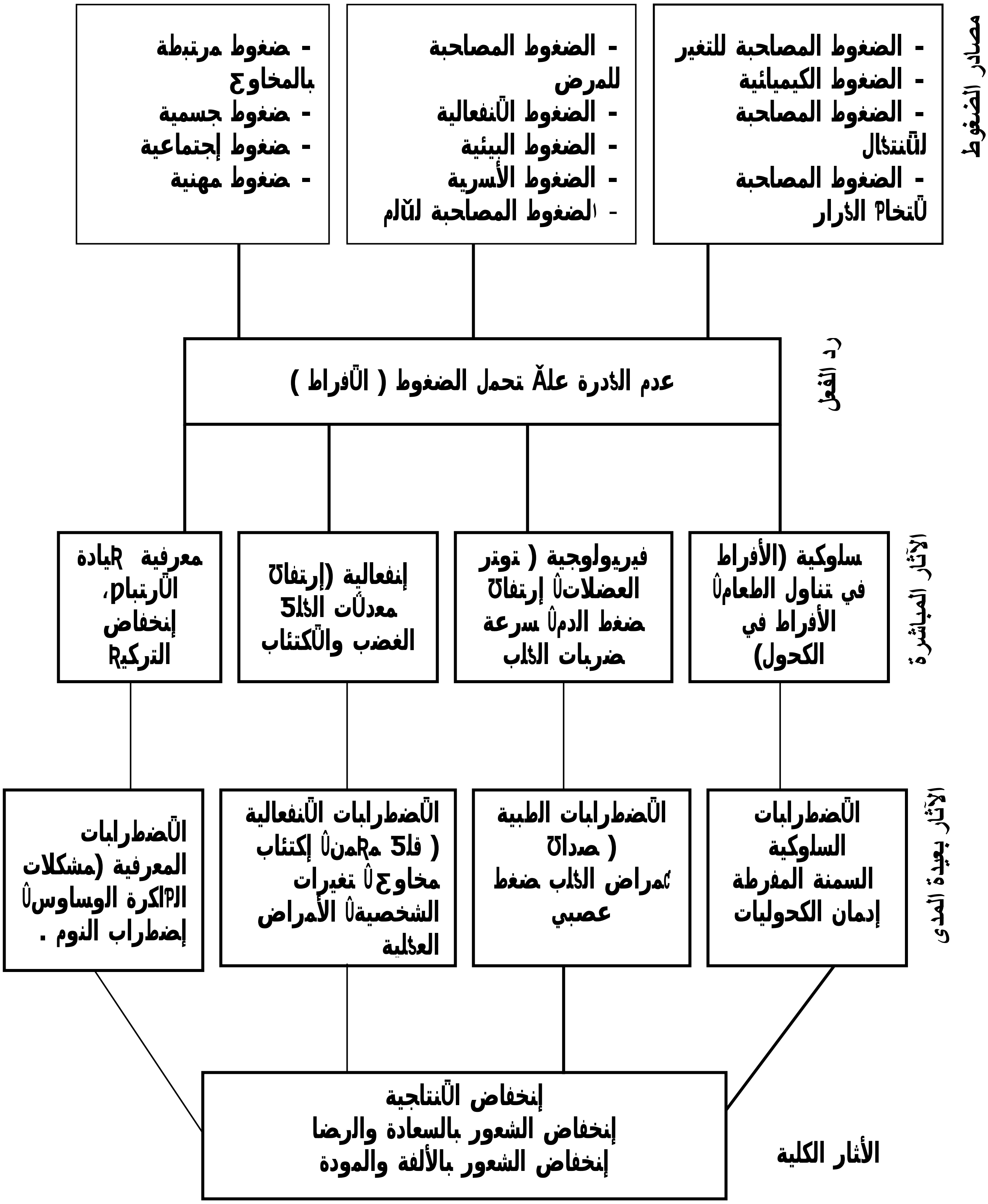
من أوضح النماذج التي تنظر للضغوط على أنها مثير، ولقد حددا هذان الباحثان دورتين للضغوط هما دورة التوافق والصحة النفسية ودورة الضيق والإنزعاج وفقا لما يترتب على هذا الضغوط من ردود أفعال، وذلك في ضوء عدم قدرة الفرد أو قدرته على تحمل هذا الضغوط. ووصف الضغط في هذا المنظور في صورة مثير يتمثل في خصائص تلك البيئات المضايقة أو المزعجة، فالأحداث والظروف البيئية تؤثر على البعض منا ولها تأثيرات مختلفة من شخص الآخر (**عبد الرحمن، 2000، ص 295**).

فيما يلي رسم تخطيطي لهذين الدورتين حسب الباحثان:



شكل رقم (15) : دورة التوافق والصحة النفسية

فيما يلي رسم تخطيطي لدورة الضيق والإنزعاج حسب الباحثان:

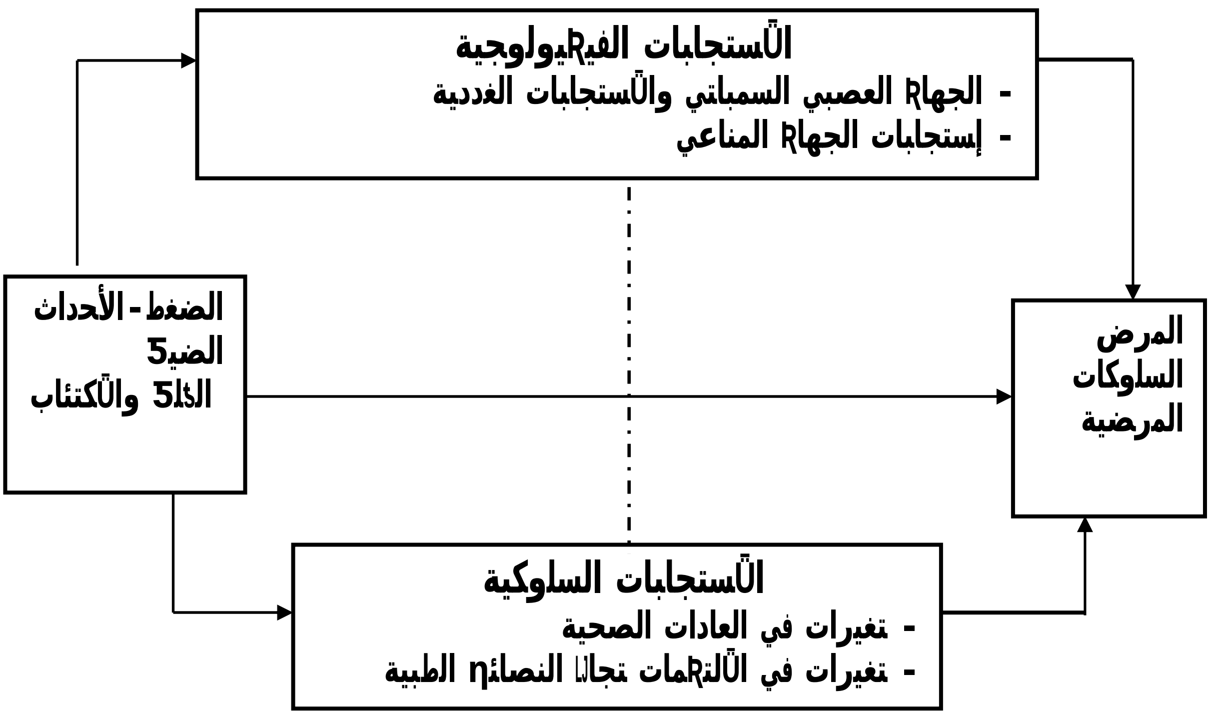


شكل رقم (16) : دورة الضيق والانزعاج

7 - نموذج Herbert وCohen (1994)

إعتمد "Cohen" و"Herbert" (1994، ص 327) في وضعهما لهذا النموذج على عدة دراسات منها أعمال "Lazarus وFolkman (1984)، Cohen وEdwards (1989)، وCohen وWilliamson" (1991)، فالضغط حسب هذا النموذج ينشأ عندما يقيم الفرد الموقف كتهديد أو كثير المطالب ومن المهم أن يستجيب له، لكنه يدرك بأنه لا يملك إستجابات مواجهة ملائمة وذات فعالية مباشرة، فيؤدي الضغط إلى الحالات الإنفعالية السلبية مثل القلق والإكتئاب والتي بدورها قد تؤثر على الصحة الجسدية من خلال التأثير المباشرة عبر عمليات بيولوجية، أو من خلال الأنماط السلوكية التي تزيد من خطر الإصابة بالمرض أو الوفاة، ويؤكد هذان الباحثان بأن الضغط ليس العامل السببي الأول المنشأ للمرض بل يمكن إعتبارا أحد العوامل المساهمة التي قد تؤثر في خطر الإصابة بالمرض، بالإضافة إلى الموارد الإجتماعية والفردية، والمناعة، وحالة التغذية، ووجود تاريخ مرضي، وعوامل وراثية والأنظمة البيولوجية.

فيما يلي عرض لمخطط نموذجي لـ Cohen و Herbert (1994) يفسر الطرق التي تربط الضغط بالمرض.



شكل رقم (17) : الطرق التي تربط الضغط بالمرض

وسنتعرض فيما يلي بمزيد من التفصيل عـن الطرق التي تربط الضغط بالمرض حسب كل من **Herbert و Cohen(1994).**

* الاستجابات الفيزيولوجية :

هناك نوعان من الإستجابات الفيزيولوجية التي تمثل رد فعل تجاه الضغط، تتمثل في الجهاز العصبي السمباتي والإستجابات العصبية – الغددية، وإستجابات الجهاز المناعي، وفي كلا الحالتين يمكن الضغط أن يرتبط بصفة مباشرة بالإستجابات الفيزيولوجية أو من خلال التغيرات السلوكية الناتجة عن الضغط.

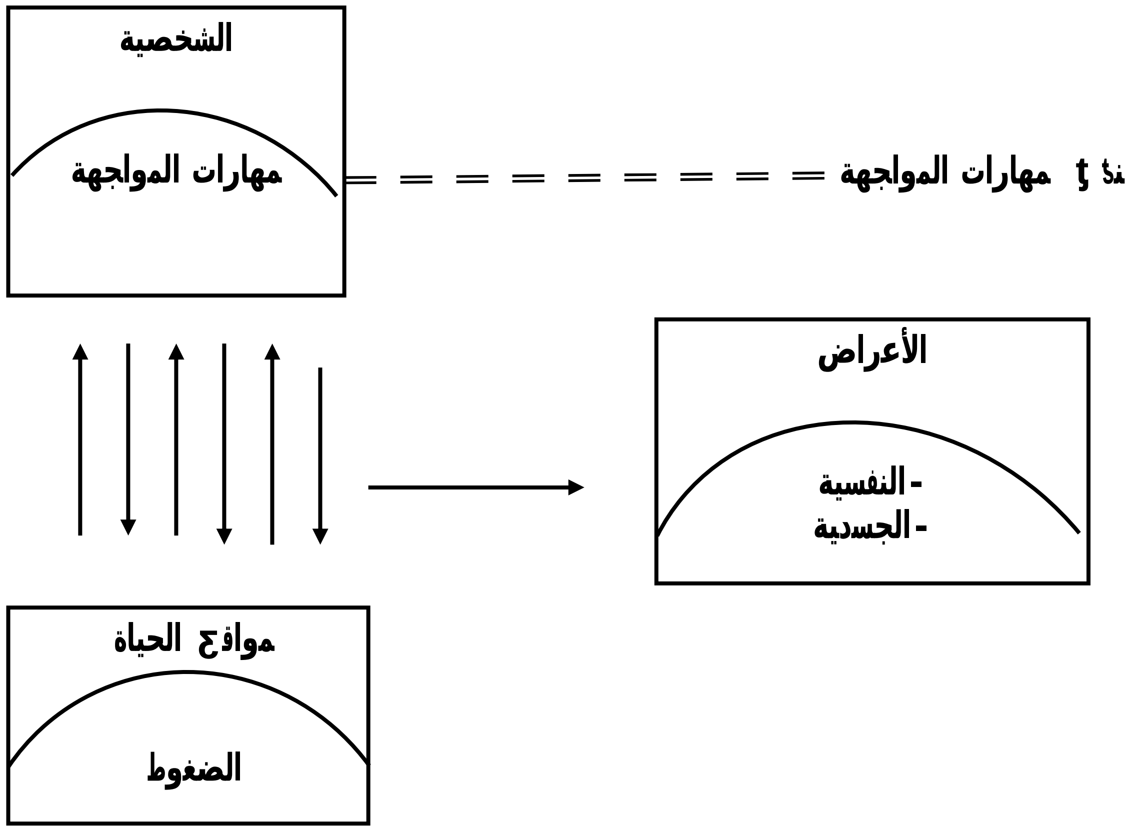
* الاستجابات السلوكية :

هناك نوعان من الإستجابات السلوكية للضغط تتمثل في تغيرات الممارسات الصحية وفي الإلتزام بالنصائح الطبية، ويمكن للضغط أن يؤثر على الصحة من خلال زيادة تكرار السلوكات اللاصحية كالتدخين، والتناول المفرط للكحول ، ونقص التغذية والراحة، أو من خلال تقليص السلوكات الصحية كالنوم بإنتظام وتجنب الكحول والسجائر أو التدريب البدني، وهذه التغيرات يكون لها إنعكاس أكبر خاصة عند تتبع الشخص لبرنامج طبي صارم لحالته الصحية كمرض القلب أو السكري. وإن عدم الإلتزام بالنصائح الطبية يمكن أن يأخذ عدة أشكال، فعندما يتعرض الفرد للضغط قد يأخذ الدواء لأسباب خاطئة أو في وقت غير مناسب أو الإنقطاع عن تناوله قبل إنهاء المسار العلاجي الذي وصفه الطبيب، ويمكن أن تؤثر الإستجابات السلوكية على الصحة من خلال الطرق العصبية الغددية أوالعمليات المناعية، كما يمكن أن يكون لها تأثير مباشر على الصحة أو المرض كترك المريض للأدوية الموصوفة مـن طرف الطبيب **(Herbert & Cohen, 1994 P 327-330).**

8 - نموذج مهارات المواجهة (Coping skills Model-CSM)

حسب نموذج مهارات المواجهة (**CSM**) فإن الأعراض مثل الإكتئاب، والقلق والإضطرابات النفسية الجسدية تنتج عن سوء تسوية بين متطلبات المواقف الحياتية للفرد وإمكانياته للتعامل ومواجهة هذه المواقف، وتعرف مهارات المواجهة وفقا لهذا النموذج كمكونات جسدية، وإنفعالية ومعرفية للتوافق، والتي يحتاج إليها الفرد للتعامل وإدارة المواقف الحياتية، لذلك لا يمكن تقييم مهارات مواجهة الفرد بمعزل عن المواقف الحياتية التي يواجهها في موقف معين . وعندما يكون للفرد قدر كاف من مهارات المواجهة في التعامل مع المواقف الحياتية، فلا تنشأ إضطرابات أو مشاكل خطيرة، بينما وجـود نقص وعجز في هذه المهارات تجاه مواقف حياتية خاصة، عندها يمكن حدوث نوع من الضيق والإنزعاج، وسوء التسوية التي يمكن أن تظهر على شكل أعراض نفسية، أو جسدية أو نفسجسدية**(Denelsky & Boat,1986,P 323).**

ويضيف هذا النموذج بأن هناك فروق فردية واسعة في إستعمال مختلف مهارات المواجهة، فليس للأشخاص قدرة أداء نفسها أو نفس مستوى الفعالية، لكن لكل فرد هناك مدى ممكن لفعالية المواجهة. فحسب نموذج مهارات المواجهة (**CSM**) فإن كفاية وملائمة عمل التسوية في أي وقت يرتكز على التفاعل بين متطلبات المواقف الحياتية وفعالية مهارات المواجهة، فوجود أعراض نفسية أو جسدية تؤدي أوليا وظيفة مؤشرات إنذارية وتحذيرية، بأن هناك عدم توافق وسوء تسوية بين المواقف الحياتية للفرد ومهارات مواجهته. فيما يلي مخطط توضيحي لهذا النموذج(**Denelsky & Boat , 1986 , P 323**).



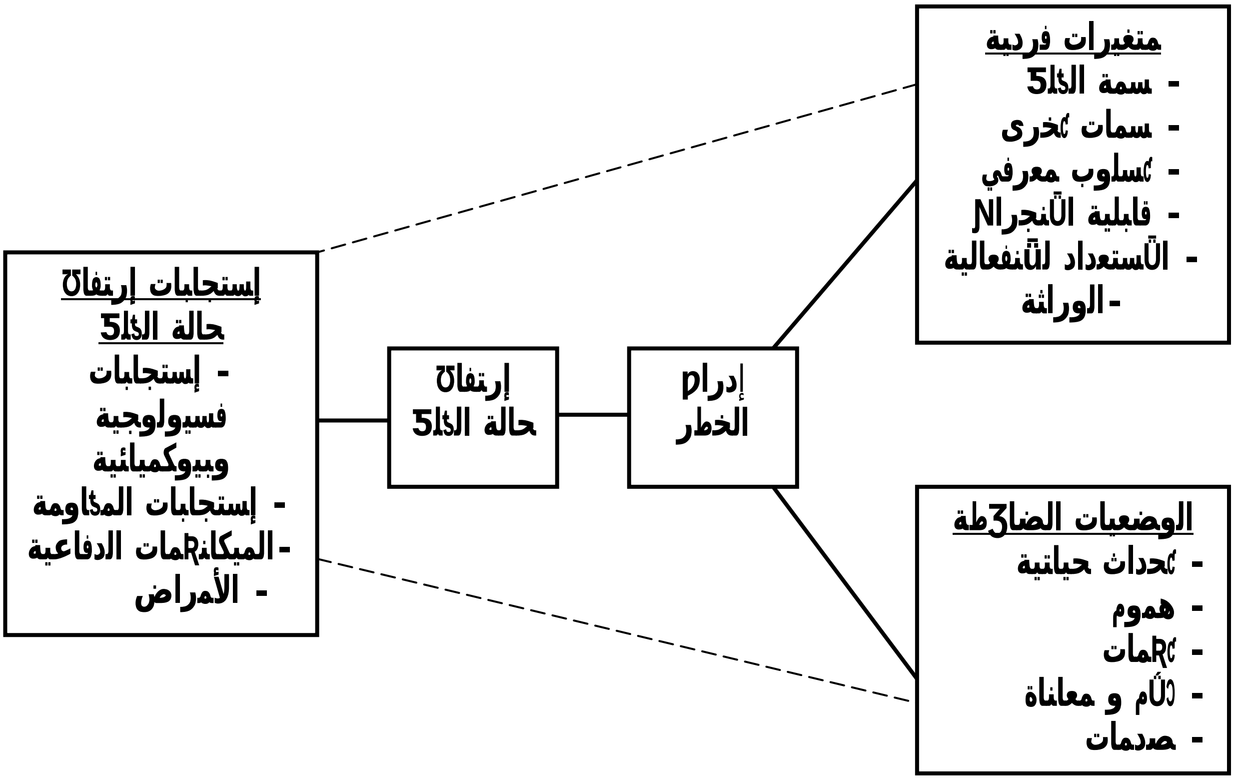
شكل رقم (18): نموذج التفاعلات بين الشخصية و مواقف الحياة والأعراض

9 - النموذج التفاعلي للضغط والمواجهة

إقترح هذا النموذج التفاعلي من طرف " **Endler** " سنة **1988**، حيث يرتكز في تفسيرا على مجموعة من المتغيرات منها ما هو مرتبط بالفرد، ومنها ما هو مرتبط بالموقف والوضعية، حيث تتضمن المتغيرات الفردية سمة القلق، والأساليب المعرفية، والقابلية للإنجراح **(Vulnérabilité)** والوراثة، ويمكن لمثل هذا المتغيرات أن تتفاعل بعضها البعض عند الإستجابة وتتفاعل أيضا مع المتغيرات الموقفية، التي تشمل الأحداث الحياتية، والهموم والمشاغل، والأزمات، والآلام، والمعاناة والصدمات...إلخ، كما يمكن لمثل هذا الوضعيات أن تتفاعل مع بعضها البعض.

يوضح كل من " Endler " وParker (1998، ص 7-8) بأن التفاعل بين الفرد والموقف يؤدي إلى إدراك الخطر أو القلق الذي يمكن أن يؤدي بدورها إلى التأثير في آن واحد على الفرد ومتغيرات الموقف، وهذه الوضعية كلها تؤدي إلى مستويات متغيرة من حالة القلق **(L'anxiété état)** وإستجابة المواجهة، والدفاعات، والإستجابات السلوكية، والإستجابات البيوكميائية، والفسيولوجية وحتى الأمراض العقلية والجسدية. ويمكن لمختلف هذه الإستجابات أن تتفاعل بعضها البعض، وبإمكانها أيضا تعديل المتغيرات الخاصة بالفرد والوضعيات الضاغطة.

وفيما يلي مخطط يوضع مراحل هذا النموذج التفاعلي ومتغيراته الأساسية.



شكل رقم (19) : النموذج التفاعلي للقلق الضغط والمواجهة.

نستخلص من مختلف النماذج النظرية التي حاولت تفسير العلاقة ضغط- صحة– مرض، بأنها تشترك في أن الحالة الصحية أو المرض تتحدد من خلال تفاعلات بين عوامل مختلفة بيولوجية، وفيزيولوجية، وبيئية، ونفسية– إجتماعية ومعرفية...إلخ. وتبقى الأهمية الممنوحة لمختلف هذه العوامل تختلف بإختلاف هذه النماذج.

عموما، يمكن تحديد أهم العوامل المؤثرة والدالة للحالة الصحية والمرض فيما يلي :

- عوامل بيئية وتتضمن الضغوط بمصادرها المختلفة، والأحداث الحياتية، وتراكم التغيرات وحالات الفقدان ...الخ.
- عوامل معرفية وتتضمن التقدير المعرفي للضغوط وإدراك التهديد.
- البرنامج النفسي- البيولوجي ويتضمن العوامل الوراثية والمؤثرات البيئية المبكرة.
- المتغيرات الشخصية والإجتماعية وتتضمن مفهوم الذات، والمساندة والدعم، وأساليب المواجهة، وفعالية الذات وسمة القلق.
- أسلوب الحياة والسلوكات الصحية أو اللاصحية كالتدخين، والإفراط في الكحول...الخ.
- الحالات الإنفعالية السلبية والإيجابية كالقلق، والإكتئاب، والتفاؤل، واليأس والعجز.
- الإستجابات الفزيولوجية العصبية ، والغددية والمناعية.
- الإستعداد للمرض، والقابلية للإنجراف والمرض مثل وجود سوابق صحية شخصية أو عائلية.

فالعلاقة بين الضغط والمرض تتغير على حد السواء بالخصائص الشخصية والإجتماعية، فهناك إختلافات في أنظمة الدعم الإجتماعي، والمهارات، والمواقف، والمعتقدات والمميزات الشخصية التي تجعل بعض الأفراد تحت حصانة ووقاية نسبية من الضغط والمرض، أو تجعل الآخرين ذوي قابلية للإصابة بالمرض. ويتضح مما تقدم أن لهذا الخصائص دور كمتغيرات وسيطة مهمة للعلاقة ضغط- مرض، وتمثل عوامل وقاية وتخفيف من الآثار المرضية للضغط على الفرد.

تـمهـيـد الفـصـل

لا يعتبر الضغط ظاهرة جديدة فهو أساسا مرتبط بسيرورة الحياة وبتطور الإنسان، فمنذ ألاف السنيين والكائن الإنساني يتعرض للضغط وبفضله بقي حيا في عالم ذا تحول مستمر. ضف إلى ذلك، فإن الإستجابة للضغط ليست نفسها لدى الأفراد، وقد يستجيب أفراد مختلفون لنفس الحدث الضاغط بطرق مختلفة، وفي هذا السياق أظهرت العديد من الدراسات أن الإرتباط بين الضغط والمرض تتوسطه عوامل تتمثل في المميزات النفسية والإجتماعية للفرد، فهناك إختلافات في أنظمة الدعم الإجتماعي، والمهارات والقدرات والمعتقدات الفردية وتجعل هذه المميزات الشخصية بعض الأفراد فـي حمى عن الضغط والمرض، وتعرض البعض الآخر لقابلية الإصابة بالمرض، كما تظهر الإستجابة المرضية للضغط عندما يكون الحدث شديد أو متكرر ويتجاوز الإمكانيات والقدرات التكيفية للفرد وهنا تظهر إضطرابات التكيف وتطور أمراض حقيقية.

ويتفق الباحثون بأن هناك متغيرات وسيطة بين أثر الضغوط والنتيجة التكيفية للفرد وصحته النفسية والجسدية، ويطلق عـلى هذه المتغيرات بإستراتيجيات المواجهة **(Coping)** وهي تمثل مختلف السلوكات والمعارف التي يستعملها الفرد للتعامل مع الوضعيات الضاغطة، وهي لا تسمح فقط بتعديل إستجابة الضغط وإنما تعمل أيضا على تقليص ظهور الإضطرابات الجسدية والنفسية. وتشير المواجهة إلى مجموع المجهودات المعرفية والسلوكية الموجهة نحو إدارة وتسيير المتطلبات الخارجية و/ أو الداخلية الخاصة والتي يدركها الفرد بأنها مهددة وتتجاوز مواردها الشخصية. وفي هذا السياق، يؤكد " **Lazarus** " على ضرورة فحص سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة لأن الطرق والأساليب المفضلة للمواجهة تنبع من أبعاد الشخصية، ويضيف "**Costa** و**MC Care**" أن متغيرات الشخصية أساسية في تحديد كيفية إدراك الناس للضغوط وفي إختيار إستراتجيات المواجهة التي يتبنوها وتأثيرهما على صحته النفسية، أي أن أساليب المواجهة ترتبط بالسمات الشخصية.

نستخلص مما تقدم أهمية سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة كعوامل وسيطة بين أثر الضغوط الحياتية والصحة النفسية والجسدية، ونظرا لأهمية مختلف هذه العوامل في دراسة علاقة الضغط النفسي بالصحة النفسية والجسدية، خصصنا فصلا كاملا يضم مبحثين أساسيين يختص المبحث الأول بسمات الشخصية والمبحث الثاني بإستراتيجيات المواجهة، وسنتعرض لها بشئ من التفصيل لاحقا حتى يتسنى لنا التحكم أكثر في هذه المفاهيم وبالأخص علاقتها بالضغوط النفسية من جهة، وتأثيراتها على الصحة النفسية والجسدية من جهة أخرى.

تـمـهـيـد:

يعد مفهوم الشخصية من المفاهيم السيكولوجية ذات الصلة المباشرة بالصحة النفسية، ومن المسلم به أننا جميعا لدينا سمات سلوكية ثابتة تؤثر في كيفية تعاملنا مع المواقف وضمن هذا الإطار، يقول الطبيب **William Osler** بأن صفات المريض وشخصيته وليس نوع المرض هو العامل الحاسم في التعامل عند الإصابة بأحد الأمراض الخبيثة، فهناك من ينهار ويفقد الأمل وفي الوقت نفسه هناك من يتعامل مع المرض بدرجة من الثقة والتفاؤل والإيمان، وفي ضوء إختلاف شخصيات الأفراد فإنهم بالتالي يختلفون في ردود فعلهم للمواقف.

وعند تناول شخصية الفرد وعلاقتها بمصادرالضغوط يتضح أن لها دورا في نوعية الإستجابة وهذا ما دفع **Cooper** للقول أن هناك علاقة بين إستجابات الضغط النفسي والعوامل النفسية مثل االشخصية والمواجهة، وذلك لأن الفروق الفردية وثيقة الصلة بإستجابات الضغط النفسي لأنها تلعب دور التغيير أو التعديل الطريقة التي يواجه بها الأفراد الحاجات البيئية وتظهر إستجابات الفرد للضغط من خلال التفاعل بين العوامل الحالية للظرف، وبين المزاج الشخصي أو العادات الشخصية للفرد.

وفيما يتعلق بالشخصية وعلاقتها بالضغوط فقد وجد أن سمات مثل التسلطية، الإنبساطية، تحمل الغموض، القلق، الحالة الإنفعالية، نمط "أ" من الشخصية، درجة الثقة بالنفس، درجة التفاؤل، وغيرها من السمات لها علاقة في نوعية الإستجابات السلوكية للمواقف المختلفة. وبعبارة أخرى ، تساهم هذا السمات أو الصفات الشخصية سلبا أو إيجابا في الضغوط الواقعة على الفرد.

ضمن موضوع التفاعل بين الشخصية والضغوط ستتناول الباحثة بإيجاز في المبحث الأول لهذا الفصل مفهوم سمة الشخصية، والتطرق لمفاهيم تقدير الذات، فعالية الذات وسمة القلق وعلاقتها بكل من الصحة النفسية، الإضطراب النفسي والضغوط النفسية بشيء من التفصيل.

1- سمات الشخصية

هناك دليلا متراكما من خلال البحوث على أن سمات الشخصية أساسية في تحديد كيفية إدراك الناس للضغوط وفي تحديد إستراتيجيات المواجهة التي يتبنوها وكذلك في صحتهم النفسية والجسدية. ويظهر من المهم قبل عرض أهم هذا السمات التطرق إلى مفهومي كل من الشخصية والسمة، يشتق لفظ " **الشخصية**Û **Personality** " لغويا من لفظ " **برسونا**، **Persona** " في اللاتينية، وهو يعني القناع، أو الوجه المستعار الذي يرتديه الممثل ليخرج به على خشبة المسرθ كي يظهر خصائص الشخصية التي يمثلها، ثم تغير اللفظ بعد ذلك وأصبح يستخدم للدلالة على شخصية الفرد التي يتميز بها في الحياة، والإشتقاق اللغوي للشخصية في اللغة العربية جاء من الفعل " شخص" بمعنى ظهر وعين أو حدد، ومن ثمة يصبح المقصود بالشخصية في اللغة العربية الفرد المعيّن أو المحدد الذي يتسم بسمات ومميزات خاصة به تميزا عن غيرا من الأفراد سواء في ذلك السمات الخارجية أو الداخلية **(عبد الغني**Û **2000**Û **ţ 50)**.

ويعرف " **حامد ظهران**" الشخصية بأنها جملة السمات الجسمية، والعقلية، والإنفعالية، والإجتماعية التي تميز الشخص عن غيرا، كما يعرفها "**سيرل بيرت**" بأنها النظام الكامل من الميول والإستعدادات الجسمية والعقلية الثابتة نسبيا والتي تعتبر مميزة للفرد ومحددة لطريقته الخاصة في التكيف مع البيئة المادية والإجتماعية **(نقلا عن عبد الغني**Û **2000**Û **ţ 50-51)**. إذا فالشخصية هي نظام متكامل من الصفات والسمات التي تميز الفرد عن غيرا، وهنا نتساؤل ما المقصود بالسمة þ

جاء " **كاتل**" نقلا عن **شكير (2005**Û **ţ 15)** ونظر للسمة بأنها تكوين عقلي يستدل عليه من السلوك، أو هي تكوين أساسي يحدد إنتظام السلوك وثباته، فالشخصية بالنسبة له هي النمط الفريد من السمات. فالسمة هي الصفة أو الخاصية التي تميز سلوك الفرد، وهي إما موروثة أو مكتسبة، وتعتبر الوحدة الرئيسة لبناء الشخصية. ويشير **الرشيدي والكافوري (1997)** نقلا عن **عبد الغني(2000**Û **ţ 55-137)** بأن السمة أكثر شمولا وعمومية من العادة، وأكثر واقعية في تفسير الشخصية من النمط، وهي صفة مستقرة وثابتة نسبيا ومن ثمة يصعب تغييرها وإن كانت تتغير ببطء وعلى مر الزمان، أما سمات الشخصية فهي مستمرة إلى حد ما، ومن ثمة فهي تتعلق بالإختلافات الموجودة بين الأفراد في إتجاهاتهم، وميلهم إلى رؤية العالم بطريقة معينة، أو للتصرف بطريقة ثابتة يمكن التكهن بها. إن سمات الشخصية تعكس بذلك الإختلاف بين الأفراد.

في هذا الصدد، توصل بعض الباحثون إلى تصنيف سمات الشخصية، ومن بينهم "**Eyesenck**" نقلا عن **عبد الغني (2000، ص 55)** فقد أشار إلى وجود أربعة سمات للشخصية وهي الإنبساط، والإنطواء، والعصابية والذهانية، بينما توصل "**Cattell**" إلى مجـموعة مـن السمات الثنائية القطب للشخصية وهي

الإجتماعية ضد العدوائية، الذكاء العام ضد الضعف العقلي، الثبات الإنفعالي أو قوة الأنا ضد عدم الثبات الإنفعالي أو ضعف الأنا، والتحرر ضد المحافظة، السيطرة ضد الخضوع، الإنبساط ضد الإنطواء، وقوة الأنا الأعلى ضد ضعف الأنا الأعلى، المخاطرة والإقدام ضد الحرص والخجل، الواقعية ضد الرومانتيكية، البساطة ضد نقد الذات، الثقة الكاملة بالنفس ضد الميل للشعور بالإثم، قوة إعتبار الذات ضد ضعف إعتبار الذات والتبصر ضد السذاجة.

وفي مجال مواجهة الضغوط النفسية يظهر أن لسمات الشخصية مثل الصلابة النفسية، وتقدير الذات، وفعالية الذات، والإستقلالية، وسمة القلق وغيرها من السمات دور هام في التخفيف من وقع الأحداث الحياتية الضاغطة على الفرد، وسوف تركز الباحثة الحالية على البعض منها نظرا لتواترها في الدراسات السابقة والتراث السيكولوجي في مجال الضغط النفسي، ونخص بالذكر تقدير وفعالية الذات وسمة القلق وذلك بمزيد من التفصيل في هذا الدراسة.

2- تقدير الذات

من الحاجات النفسية العليا عند الإنسان الحاجة إلى إحترام وتقدير الذات، وهذا حاجة نفسية إجتماعية حيث يرغب الشخص في الحصول على إحترام وتقدير الآخرين له سواء ذلك بفضل سمات جسمية أو أخلاق معينة أو أدوار ومراكز يتمتع بها الفرد، لذلك يحتل مفهوم الذات مكانة مركزية في كتابات علماء الشخصية، وتبرز أهميته لما له من أثار على سلوك الفرد وأساليب تكيفه للمواقف التي يمر بها، كما أن التعرف على الطريقة التي ينظر فيها الإنسان إلى نفسه وإلى العالم حوله وموقعه فيه مسألة هامة، فهي تكون منظومة من التصورات والإتجاهات نحو الذات، كما ترتبط بتكيفه وصحته النفسية.

في هذا السياق يصرح "**Coopersmith** " **(1984، ص 5)** أنه من المهم معرفة إتجاه ورأي الفرد عن ذاته لفهم أفضل لسلوكات الفردية، ذلك أن التقدير الإيجابي أو السلبي لصورة الذات هي التي تكون تقدير الذات. ونظرا لأهمية هذا المفهوم في دراستنا فقد تطرقنا إلى تعريف الذات وتقدير الذات، ومستويات تقدير الذات، كما تم ذكر مختلف العوامل المرتبطة بهذا المفهوم وأهميته مع عرض علاقة تقدير الذات بكل من الصحة النفسية، والضغط النفسي والإضطراب النفسي.

2-1 تعريف الذات وتقدير الذات

يقدم القاموس النفسي تعريفا للذات " بأنها الفرد كما يعتبر نفسه شاعرا بهويته المستمرة الخاصة وبعلاقته بالبيئة ". ويرى "**Newcomb** " أن ذات الفرد هي الطريقة التي يدرك بها الفرد نفسه. بينما ورد " **Murphy** " تعريفا للذات مؤداه " إن الذات هي الفرد كما هو معروف للفرد، فهي ببساطة إدراكات الفرد وتصوراته لوجوده الكلي كما يعرفه". ويعتبر"**Sarbin**" الذات بناءا معرفيا يتكون من أفكار المرء

عن مختلف نواحي وجوده **(نقلا عن أبو Rيد Û1987 ţ 75-78)**. بينما يعرف " **عماد الدين** " **(Û1992 ţ 39-40)** الذات بأنها ذلك المفهوم الذي يكونه الفرد عن نفسه، وهو ذلك التنظيم الإدراكي الذي يتضمن إستجابات الفرد نحو نفسه ككل، كما يظهر ذلك في التقرير اللفظي الذي يحمل صفة من الصفات على ضمير المتكلم.

أما تقدير الذات فيرتبط بالقيمة التي يعطيها الفرد لنفسه وسلوكه ولكيفية شعوره بتكوينه الشخصي وحكمه عليه سلبا أو إيجابا، ويشير أيضا إلى الصورة التي يكونها المرء عن نفسه وسلوكه، وإلى كيفية شعوره نحو نفسه وحكمه عليها ، إنه يعكس إلى أية درجة يحترم المرء نفسه عبر سلسلة من النشاطات، وأية قيمة يعطيها لذاته كما يدركها هو**(جبريلÛ 1983 ţ 5)**.

في هذا السياق، يركز كل من **إنجاΣ** و**إنجاΣ** نقلا عن **أبو Rيد (Û1987 ţ 81)** في تعريفهم لتقدير الذات على تقييم صريح للنقاط الحسنة والسيئة في الفرد، وعندما نتكلم عن تقدير الذات فإننا نرجع إلى حكم شخصي للفرد عن الإستحقاق أو عدم الإستحقاق التي يتم التعبير عنها في الإتجاهات التي يحملها تجاه نفسه. و يعرفه " **Ziller** " نقلا عن **عبد الحميد (Û1985 ţ 7)** بأنه مجموع المدركات التي يملكها الفرد عن قيمته الذاتية، وترتبط هذه المدركات وتتأثر بمدركات وردود أفعال الأشخاص الآخرين الذين لهم مكانة معينة لدى الفرد، أي تقييم الفرد لذاته إنطلاقا من تقييم الآخرين له ولقدراته، فيضع صورة لنفسه من خلال ما ينسبه الآخرون له.

أما "**Coopersmith**" نقلا عن **عبد الرحمن (Û1998 ţ 397)** فيرى أن تقدير الذات هو التقويم الذي يصدره الفرد عن ذاته، وهو يعبر عن الإتجاه بالقبول أو عدم القبول، ويوضح إلى أي مدى يعتقد الفرد أن لديه من الإمكانيات والقدرات، وأنه ناجح و ذات قيمة في الحياة. ويضيف "**Coopersmith**" نقلا عن **جبريل** (**Û1983 ţ 51-52)** بأنه عبارة عن حكم ذاتي على جدارة الشخص، ويتم التعبير عنه في الإتجاهات التي يتمسك بها الفرد نحو نفسه، وفي المواقف التي يعبر فيها على مدى رضاه عن نفسه، فهو خبرة ذاتية يسوقها الفرد للآخرين بتقرير لغوي وبغيره من أنماط السلوك التعبيري الظاهر.

كما يعرفه "Rosenberg" نقلا عن **عبد الرحمن (1998، ص 397)** بأنه التقييم الذي يقوم به الفرد بالنسبة لذاته، و يعبر عن إتجاه الإستحسان أو الرفض، ويوضح أن التقديرالعالي للذات يدل على أن الفرد ذو كفاءة أو ذو قيمة ويحترم ذاته، أما تقدير الذات المنخفض فيشير إلى رفض الذات وعدم الإقتناع بها.

في إجمال الحديث عن تقدير الذات نقف عند ما يلي:

- إن تقدير الذات يشير إلى حكم ذاتي يقوم به الفرد ذاته، أو حكم يكونه الفرد إعتمادا على الصورة التي لديه عنها.
- إن تقدير الذات يعني تقويما لها، ويعبر هذا التقويم عن شعور الفرد بمدى أهميته وجدارته.
- إن تقدير الذات يعكس توقعات الفرد من نفسه.
- إن هذا التقويم يتضمن إتجاها يتراوح بين الإيجابية والسلبية إنطلاقا من مفهوم الفرد عن ذاته أي تقدير عال وتقدير منخفض.

لعلنا نخلص من كل ما سبق تعريفا لتقدير الذات بأنه تقييم ذاتي يتحدد في ضوءه مدى تقبل الفرد لذاته أو رفضه لها في مجالات إعتبار الذات، وينعكس هذا التقويم في ثقته بذاته وشعوره نحوها، وفكرته عن مدى أهميتها وجدارتها، وتوقعاته منها، وبهذا المعنى يشير تقدير الذات إلى الصورة التي يحملها الشخص عن قيمته سواء بالإيجاب أو بالسلب. ويعرف إجرائيا بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد على بنود مقياس تقدير الذات المستخدم في هذا البحث.

2-2 مستويات تقدير الذات

يتفق كثير من الباحثين على ضرورة وجود مستوى عالي لتقدير الذات من أجل تكيف كافي للفرد. ويرى العالم "Brandan " نقلا عن **Khadivi (1979، ص 92)** بأن وجود تقدير ذات سليم يجلب للفرد شعورا بالأمن، ويسمح له بتوظيف قدراته للتعرف على الأحداث وحل المشاكل. على العموم، نميز مستويين لتقدير الذات، المستوى المرتفع والمنخفض للذات.

* التقدير المرتفع للذات

لاحظ كل من "Jean" و"Morval" (1971) نقلا عن **Khadivi (1979، ص 92)** بأن الأفراد الذين لديهم تقدير عال للذات ينظرون إلى أحاسيس الآخرين بمنظور إيجابي ويميلون أكثر إلى حب الغير، كما أنهم يتصفون غالبا بالمبادرة الشخصية ويحبون المشاركة في النشاطات ومناقشة الجماعة ويميلون إلى التأثير في الآخرين. وفي نفس السياق، ويضيف كل من " Korman" و"Cohen" نقلا عن **Khadivi (1979، ص 92)** بأن الأفراد الذين يتميزون بتقدير مرتفع للذات أقل تأثيرا بالمؤثرات والأحداث الخارجية وأقل حساسية للتهديد بالنسبة للآخرين. كما يرى " Coopersmith" نقلا عن **جبريل (1983، ص 52)** أن

تقدير الذات العالي يرتبط بالثقة بالنفس والمشاركة الإجتماعية والتوقعات الجديدة حول نتائج السلوك الفردي، أما تقدير الذات المنخفض فيقترن بنقص في الثقة بالنفس والإنسحاب من المشاركة الإجتماعية.
ويؤكد "**Coopersmith** " نقلا عن **عبيد (1987، ص 81)** أن الأشخاص ذوو تقدير الذات المرتفع

يعتبرون أنفسهم أشخاصا هامين يستحقون الإحترام والإعتبار، كما أنهم يملكون فهما طيبا لنوع الشخص الذي يكونونه، ويتمتعون بالتحدي عند الشدائد، فالتقدير المرتفع للذات يأتي غالبا من القدرة على فعل أشياء بطريقة أحسن من معظم الأفراد الآخرين. ويضيف "**Rosenberg**" نقلا عن **جبريل (1983، ص 52)** أن تقدير الذات المرتفع يعني أن الفرد يحترم نفسه ويعتبر أنه ذو جدارة، ولا يعتبر نفسه بالضرورة أفضل من الآخرين، ولكنه لا يعتبر نفسه أقل من الآخرين.

* التقدير المنخفض للذات

يتميز هذا المفهوم السلبي بعدم الكفاءة، وعدم الثقة بالنفس وعدم القدرة على تحقيق النجاح. ويرى كل من "**Schutz**" و" **Rosenberg**" نقلا عن **Khadivi (1979، ص 44)** بأن الأفراد ذوي تقدير منخفض للذات يفضلون من الناحية الإجتماعية الإبتعاد عن النشاطات الجماعية ولا يقلدون مناصب قيادية، فهم خجلون، ويظهرون ميل إلى الخضوع والتبعية ويمتازون بقلة الثقة بالنفس والميل إلى الوحدة، ويضيف "**Rosenberg**" بأن التقدير المنخفض للذات مرتبط بمشاعر محبطة وأعراض القلق والإكتئاب. كما وجد " **Coopersmith**" نقلا عن **عبيد (1987، ص 82)** أن ذوو التقدير السلبي للذات يعتبرون أنفسهم غير هامين جدا أو محبوبين، ولا يستطعون فعل أشياء كثيرة يودون فعلها، هذا فضلا عن أنهم لا يستطعون التحكم فيما يحدث لهم ويتوقعون سيء الأمور. كما أظهرت نتائج بعض الدراسات بأن الأفراد الذين لديهم تقدير منخفض للذات يمكن لهم تقدير العديد من المواقف كأحداث ضاغطة مما يجعلهم يشعرون بالعجز على مواجهتها، مما يزيد من القلق والإكتئاب، بينما يلجأ البعض إلى شرب الكحول أو التدخين بإفراط، ويعمل البعض الآخر على تمديد وضعية الضغط مما يزيد من خطورة الموقف **(Giovannini et al, 1986, P93)**.

2-3 العوامل المرتبطة بتقدير الذات

عندما نفكر حول أنفسنا فإن تصورنا لها يتضمن تقويما، فقد تكون صورة المرء عن ذاته إيجابية وقد تكون سلبية. إذا، إن تقويم الفرد لذاته يقع ما بين إتجاها السلبية والإنخفاض أو إتجاها الإيجابية والإرتفاع. وهناك مجموعة من العوامل تجعل الأفراد يختلفون في هذا التقدير وسيتم لاحقا عرض أهم هذا العوامل.

*** تقويم الآخرين:**

يرى " **Maxwel** " بأن تقويم الذات متأثر بتقديراتنا لتقويم الآخرين لنا، فالأشخاص المهمين بالنسبة للفرد، هم الذين يتركون أثرا عميقا. ويضيف "**Hollander** " بأن نوعية إدراك الفرد لما يتوقعه الآخرون من المهمين بالنسبة للفرد أمر هام في تحديد سلوكه الإجتماعي، وفي تكوين فكرته عن نفسه، ومن الأشخاص المهمين نميز المؤثرات العائلية، والرفاق والمدرسة**(نقلا عن جبريل، 1983، ص 61-72).**

*** خبرات النجاح والفشل:**

إن خبرة النجاح ترفع من تقدير الفرد لذاته ومن شعوره بأهميته. يرى "**Gergen**" بأن النجاح وتوقع النجاح يسهمان في تقدير إيجابي للذات، أما الفشل فيؤدي إلى الإحباط الذي يقود أحيانا كثيرة إلى تكيف سلبي ولاسيما في حالة كون الدافع المحبط لدى الفرد هاما وقويا. ويشير " **Burns** " **(1979)** بأن هناك مؤشرات على أن زيادة تقدير الذات الإيجابي تسهم في زيادة الفعالية الدراسية والنجاح المدرسي، كما أن النجاح المدرسي بدوره يسهم في زيادة الثقة والتوقعات الإيجابية من الذات **(نقلا عن جبريل، 1983، ص 61-72).**

*** الأدوار الاجتماعية:**

إن مفهوم الذات ينتج إلى حد بعيد من فكرة المرء عن الأدوار التي يقوم بها، وثبات تلك الأدوار ووضوحها. إن الدور الـذي يؤديـه الفرد يؤثر في سلوكه، وإن مدى نجاحه في تنفيذ دوره يؤثر في تقديـره لذاتـه، وفـي الـوقـت نفـسه فإن تقدير الفرد لذاته يؤثر في سلوكه بالنسبة للدور الذي يقوم به. إذا، فـإن الفكرة عـن الذات تشتق إلـى حـد ما مـن الأدوار التي يقوم بها الفرد فـي المجتمع **(جبريل، 1983، ص 61-72).**

*** القبول الاجتماعي:**

إن قبـول الذات والقـبول الإجتمـاعي يتأثـران ببعضهما، فالشخـص الواثق مـن أنه يلـقى قبولا إجتماعيا، يبـدو أكثـر ثباتا فـي سلوكـه الإجتمـاعي، ويتلـقى مشاركته الإجتماعية قـبولا، أما ذوو تقـدير الذات المنخفض فإن مشاركتهـم الإجتمـاعية أقـل ثباتا وهم أقل قـبولا لـدى الآخرين **(جبريل، 1983، ص 73).**

*** التفاعل الاجتماعي:**

أوضحت العديد من الدراسات مثل "**Coombs** " **(1969)** نقلا عن **عبد الحميد (1987، ص 44)** أن التفاعل الإجتماعي السليم والعلاقات الإجتماعية الناضجة تعزز الفكرة السليمة عن الذات، وأن مفهوم الذات الموجب يعزز نجاح التفاعل الإجتماعي ويزيد من نجاح العلاقات الإجتماعية بدوره.

*** مستوى الطموح:**

إن فكـرة الفـرد عـن نفسه تؤثر فـي مستوى طموحه، حيث أن طموح الفرد يتأثر بتقديرها لذاته. إن التوقعات غـير الواقيعة مـن الذات تؤدي إلـى رفض الذات، عندما يكون هناك تعارض بين أهدافهم وإنجازاتهم، وفـي حالة فشلهم تضعف ثقتهم بأنفسهم ويؤدي ذلك إلى تقويم منخفض للذات **(جبريل، 1983، ص 73).**

*** العاطفة:**

إن أسلوب تعبير الفرد عن عواطفه يؤثر في مفهومه عن ذاته، ذلك أن أسلوب تعبيرالفرد عن عاطفته يترك صورة عنه لدى الآخرين ويلي ذلك ردود أفعال نحوها يؤدي به إلى أن يشعر بضعف الكفاءة والشعور بالنقص، أما من كان أسلوب تعبيرها عن عواطفه مناسبا فان ردود الأفعال ومواقف الآخرين نحوها تكون ايجابية، ويؤدي سلوكه إلى الرضا عن الذات **(جبريل، 1983، ص 73).**

*** الذكاء والقدرات:**

إن الأذكياء أكثر قدرة علي إدراك مكانتهم وموقف الجماعة منهم، وأكثر قدرة علي فهم مداول إستجابات أصحابهم، وهم غالبا ما يحصلون علي الإحترام والإعجاب. إن الكفاءات والقدرات الجيدة غالبا ما تقود إلى النجاح وإلى تقدير إيجابي للذات **(جبريل، 1983، ص 72).**

*** العوامل المتصلة ببنية الجسم:**

إن صفات المرء الجسدية الخارجية مثل الطول ولون العينين وتناسق الجسد وما إلى ذلك أمور لها قيم جمالية، والذي لا تتناسب أوصافه مع معايير الثقافة قد يشعر بالنقص وقد يسعي للوصول إلى أهداف معينة وذلك من قبيل التعويض. وقد خلص **Joward** و**Secord** نقلا عن **جبريل (1983، ص 69)** إثر دراسات متتالية إلى نتيجة مفادها أن هناك إرتباطا عاليا بين تقدير الذات والرضا عن الصفات الجسدية.

2-4 أهمية تقدير الذات

تبني إتجاها إيجابي نحو الذات، كان يعتبر دائما عاملا هاما حسب العديد من أصحاب نظريات الشخصية مثل **Adler** و**Horney** و**Murphy** و**Rogers** لكن نادرة النظريات التي إهتمت بدراسة نتائج تقدير الذات. وإن أهمية تقدير الذات تم الإعتراف بهـا من طرف العديد من الأخصائيين النفسانيين في المجال العيادي والإجتماعي، مع ذلك فهناك دراسات قليلة إهتمت بالسلوكات النوعية المرتبطة بتقدير الذات، و معرفة لماذا يمثل تقدير الذات كمحدد نشط وفعال في الشخصية. وفي هذا السياق، أشار " **Ruthwylie**" نقلا عن **Coopersmith (1984، ص 7)** فـي كتابه مفهوم الذات **(The Self-Concept)** أن الأشخاص الذين يطلبون مساعدة نفسية كثيرا ما يصرحون بأنهم يشعرون بالعجز والدونية، فهم يعتبرون أنفسهم غير

قادرين علي تحسين وضعيتهم، وأن لديهم نقص وفقر في الموارد والإمكانيات الداخلية الضرورية لتحمل أو تقليص القلق الناتج عن الأحداث الحياتية اليومية الضاغطة. كما لاحظ العياديون بأن الأشخاص الذين يعانون من إحتقار الذات والتقليل من قيمتها لديهم صعوبات في تكوين علاقات وجدانية منسجمة وتوافقية، وذلك خوفا من كشف نقائصهم وبالتالي يتعرضون للرفض والنبذ مما يجعلهم يتجنبون كل علاقة وجدانية فيشعرون بالوحدة.

بينما أظهرت دراسات إكلينيكية أخرى بأن إحدى الأسباب الأساسية للقلق، وشعور الفرد بالفشل وعدم التوافق بين الإنجازات والتوقعات يرجع لتقدير الذات، فهناك إرتباط قوى بين القلق وتقدير الذات، فعندما يهدد تقدير الذات ينتج عنه القلق. كما أكدت عدة بحوث مخبرية وميدانية ملاحظات العياديين حول أهمية تقدير الذات في الحياة الشخصية والعلاقات الإجتماعية، حيث تبين أن الأشخاص ذوي تقدير منخفض للذات أقل قدرة على تحمل الضغوط خاصة المرتبطة بأراء الآخرين، وقليلا ما يدركون أن لديهم قدرات للتأثير، بينما ذوي التقدير العالي للذات لديهم فكرة ثابتة وقاطعة حول قدراتهم وفردانيتهم، كما يظهر أن الشخص ذو التقدير المرتفع للذات لديه تسهيلات لتحقيق أهدافه الشخصية، وتقلد أدوار نشطة في الجماعات الإجتماعية والتعبير بحرية وبصفة فعالة **(Coopersmith, 1984, P7-8)**.

كما أظهرت دراسات أخرى أمريكية **(Quimby, Bodwin, Bledsol)** بأن تقدير الذات يمثل عنصرا أساسيا للنجاح المدرسي، فالأطفال ذوي التقدير العالي لذواتهم يتحصلون علـى نتائج جيدة، كمـا أن تقـدير الـذات لـدى الطلبة يعتبـر عـامل هـام فـي مواصلة الدراسات العليا أو التخلي عنها **(Coopersmith, 1984, P8)**.

أما في ميدان مواجهة الضغوط، هناك موارد للمواجهة المتاحة للفرد والتي تعمل على تنمية وتوسيع ذخيرة مواجهته، تشمل الموارد الإجتماعية وتضم شبكة العلاقات الإجتماعية مثل الدعم العائلي، والأصدقاء، وموارد أخرى نفسية **(Psychogical Ressources)** وتتمثل في الخصائص والسمات الشخصية التي يوظفها الفرد عند مواجهة التهديدات التي تفرضها الأحداث البيئية. وهذا الموارد موجودة داخل الفرد وفي ذات الفرد، ويمكن أن تكون بمثابة حواجز فعالة تجاه نتائج الضغوط الحياتية أهمها تقدير الذات أو إحتقار الذات حيث يشير تقدير الذات إلى الإتجاه الإيجابي للفرد نحو ذاته وإحتقار الذات إلى الإتجاه السلبي نحو الذات **(Perlin & Schoder, 1978, P5)**.

2-5 تقدير الذات والصحة النفسية

يشير مفهوم الذات إلى ذلك التنظيم من الخصال التي يعزوها الفرد لنفسه. وتتشكل صورة الفرد عن ذاته من خلال تفاعله مع الآخرين، كما تسهم عملية التنشئة الإجتماعية في إكساب الفرد صورة معينة عن

ذاته. وفي هذا السياق، وضح " **C.Rogers** " نقلا عن **درويش (1994، ص 237-238)** إلى أن أفضل موقع ممكن لفهم السلوك هو من خلال الإطار المرجعي الداخلي للفرد نفسه كما يفصح عنه في إتجاهاته ومشاعرإا حيال نفسه أي ذاته كما يدركها هو، وإن التقدير الإيجابي للذات يعد شرطا ضروريا للصحة النفسية ولهذا يجب أن يكون هدفا أوليا للعلاج النفسي. ويرتبط التقدير المرتفع للذات بالتوافق النفسي، وعندما يتعرض الفرد لإضطراب نفسي معين فإن صورته عن ذاته تختل، حيث لا يدرك ذاته بدقة فقد

يبالغ في صورته الذاتية سواء بالتعظيم أو بالتحقير وخفض قيمة الذات، ويؤكد هذا المعنى دور مفهوم تقدير الذات في الصحة والمرض. ويشير العديد من علماء النفس الإكلينيكيين بأن الصحة النفسية الايجابية للأفراد ترتبط بمفهوم أوصورة إيجابية عن الذات وبتقدير مرتفع للذات، كما ترتبط بالتطابق بين صورة الذات الحقيقية والمأمولة **(درويش، 1994، ص 237 -238)** .

في هذا الصدد، لقد أثبت علم النفس وطب الأمراض العقلية مدى إرتباط الصحة العقلية والنفسية بالنظرة الموضوعية للذات وبتقبل الذات، ولهذا نجد أن تقبل الفرد لذاته وإدراكه لقدراته وتقبله حدودها وكذا تقبله للآخرين، كل هذا يعد من ملامح السلوك السوي والشخصية المتوازنة. كما يعتبر تقبل الذات بعدا رئيسيا في عملية التوافق الشخصي وإعادة هذا التوافق، ولقد غدا من المعتقد أن تقدير الذات المنخفضة تعتبر دليلا على سوء التوافق أوأحد أسبابه **(أبو زيد، 1987، ص 213 -214)**.

لذلك فإن تقدير الذات مهم جدا في عملية التكيف، وقد تبين أن هناك إرتباطا عاليا بين الشعور بالنقص والمعاناة من أعراض القلق والإضطرااات النفسية والجسدية، كما أن التقبل السلبي للذات يؤدي إلى الصراع والقلق. ويركز علماء النفس مثل **Adler** على صلة العصاب بالشعور بالنقص أي تقدير الذات المنخفض، وأن هناك إرتباط بين تقدير الذات المنخفض والتكيف السلبي والضعف في ثبات الشخصية، بينما يوجد إرتباط بين تقدير الذات المرتفع والتكيف الإيجابي والثبات في السلوك، وهذا ما دفع **Adler** للقول بأن الشعور بالدونية يعتبر عامل من العوامل الرئيسية في الإضطراب النفسي، كما يؤكد "**Coswick**" **(1981)** وجود إرتباط بين العزلة والشعور بالوحدة وتقدير الذات السلبي (**نقلا عن جبريل، 1983، ص 56-60**).

ويذهب " **Coopersmith** " إلى أن الأطفال ذوي تقدير الذات المرتفع ناجحون في الأمور التي تتعلق بالمدرسة وفي المواقف الاجتماعية، وقد وجد أنهم يتميزون بالحيوية والنشاط، وأنهم يعبرون عن أرائهم بحرية، وأن درجة القلق لديهم منخفضة، أما ذوي تقدير الذات المنخفض فلديهم شعور واضح بالنقص ويبدوا أنهم يعانون من إحباط ويظهرون أحيانا كآبة وهم أقل قدرة على التفاعل الإجتماعي الفعال مع رفاقهم (**نقلا عن جبريل، 1983، ص 56-60**).

يتضح مما تقدم أهمية تقدير الذات عند الحديث عن الصحة، وهذا ما دفع " **Lazarus**" **(1969)** للقول "إن الذي يتمتع بصحة نفسية جسدية يقدر نفسه تقديرا إيجابيا"، ويضيف **Rogers** قائلا " أنه إذا إعتقد الفرد أنه قادر على مواجهة الصعوبات فإن مقاومته تصبح أكثر فعالية وأطول" (**نقلا عن جبريل، 1983، ص 56-60**). كما أكد " **Tran**" وآخرون **(1991)** و **Brockner(1988)** و**Pearling** و**Lieberman** و**Mullan** **(1981)** نقلا عن **Jalajas** **(1994، ص 1987)** بأن لتقدير الذات

تأثير دال على صحة الفرد، وأن هناك علاقة بين تقدير الذات والصحة، كما يعتبر تقدير الذات عامل وسيط في العلاقة بين الحدث الضاغط والصحة، أي أن هذا العلاقة تتأثر بتقدير الفرد لذاته لأن لهذا العامل دور وسيط في عملية الضغط حيث يؤدي إنخفاض تقدير الذات إلى فقدان الصحة. لذلك أعتبر تقدير الذات الميكانزم الذي يؤثر على قدرات الفرد وكفاءته مما يؤدي إلى فقدان الصحة والسعادة.

6-2 تقدير الذات والضغط النفسي

أخلصت دراسة **Moos** و**Cronkite** **(1984)** أن تقدير الذات يلعب دور المقاومة في عملية الضغط وأن ذوي تقدير الذات العالي على العموم أقل شعورا بالاكتئاب مقارنة بذوي تقدير الذات المنخفض. وفي دراسة لـ "**Mosshoder**" وآخرون **(1981)** أظهروا وجود إرتباط بين تقدير الذات والضغوط، ذلك أنه من المتوقع أن الأشخاص منخفضي تقدير الذات يعانون من مستويات عالية من الضغوط مقارنة بذوي تقدير الذات المرتفع **(Jalajas, 1994, P1985-1997).**

كما إعتبر بعض الباحثين "**Rosenberg** **(1979)** و**Newman** **(1978)** تقـدير الذات وبالأخص التقـدير الواطئ للذات كـنتيجة لعملية الضغط، بينما إعتبر كل من " **Menughan**" وآخرون **(1981)** أن الضرر فـي مفهوم الذات ليس كعرض نتيجة للضغط بل كمصدر له، أما **Brockner** **(1988)** فقد وضح أن لتقدير الذات دور وسيط في العلاقة بين الضغط النفسي والصحة، بينما أظهرت نتائج دراسة **Pearlin** وآخرون **(1981)** بأن تقدير الذات يتوسط بين الأحداث الحياتية الضاغطة والإكتئاب **.(Jalajas, 1994, P1985-1997)**

7-2 تقدير الذات والاضطراب النفسي

أجريت عدة دراسات للكشف عن العلاقة بين تقدير الذات وبعض الإضطرابات النفسية كالقلق، والإكتئاب، والإدمان على المخدرات، وسنعرضها فيما يلي بمزيد من التفصيل.

* تقدير الذات والقلق:

أجرى "**Mitchell**" نقلا عن **درويش (1994، ص 239)** دراسة على عينة من الطالبات الجامعيات ووجد أن هناك علاقة سلبية بين القلق وتقدير الذات، فكلما كانت صورة الذات إيجابية وتشير إلى تقدير مرتفع للذات كان القلق الصريح أقل. كما وجد "**Lamp**" نقلا عن **درويش (1994، ص 239)** في دراسة تضمنت المقارنة بين مجموعتين من الأفراد، إحداهما مرتفعة في تقدير الذات، والأخرى منخفضة، أن الأفراد ذوي التقدير المنخفض للذات كانوا أعلى في القلق من ذوي التقدير المرتفع للذات.

* تقدير الذات والاكتئاب:

لقد أكد كل من "**Brown**" و"**Harris**" **(1978)** نقلا عن **سلامة** (**1991، ص 211**) بأن تقدير الذات يعتبر كأحد الخصائص النفسية التي تؤثر في أفكار الشخص وتفسيرا لما يتلقاه من أحداث الحياة، وبالتالي فهو يرى أن تقدير الذات هو متغير وسيط بين أحداث الحياة الضاغطة وبين حدوث الاكتئاب، فأي واقعة أو أزمة لا يكون لها دلالتها وأهميتها في حدوث الإكتئاب إلا إذا أدت إلى تغير في نظرة وتفكير الشخص عن نفسه والعالم من حوله.

وتؤكد النظرية المعرفية للإكتئاب دور إدراك الذات السلبي في تطوير وإستمرارية الأعراض الإكتئابية، فقد أظهرت دراسات كل من **Kaslow** و**Rehm** و**Siegle**، **1984** و**Saylor** وآخرون، **1984** نقلا عن **(Asarnow et al, 1987, P361)** الإرتباط بين الأعراض الإكتئابية والتقدير الواطئ للذات لدى الأطفال. كما لاحظ " **Beck** " نقلا عن **سلامة (1991، ص 211)** بأن الأفراد المكتئبين يعانون من شعور عميق بالذنب وحالة عقاب ذاتي مرتبطة بشعور واطئ للذات، الشيء الذي يدل على نمط سلبي من التفكير يعمق الهوة بين الفرد ومحيطه، وبينه وبين النجاح في الحياة، لذلك فالميزة الجوهرية للمكتئبين هي مفهوم الذات السلبي المبالغ فيه، والذي يظهر في صورة النظرة الواطئة للذات، والنقد الذاتي والشعور بالذنب. وعليه، فإن العمل على تحسين تقدير الذات لدى المكتئب يسهم في تعديل حالته. ويضيف "**Beck**" نقلا عن **سلامة** (**1991، ص 211**) أن الإكتئاب يحدث نتيجة الإعتقادات المعرفية السالبة، فالشخص المكتئب لديه وجهة نظر سالبة بالنسبة لذاته، وللعالم وللمستقبل، وهذا المعارف السلبية ينتج عنها الاكتئاب، كما أن المكتئبين يميلون إلى مقارنة أنفسهم بالآخرين، وهذا المقارنة من شأنها أن تخفض مستوى تقديريهم لذواتهم وتجعل عملية التقويم الذاتي تتسم بالسلبية.

بينما يرى " **Becker** " نقلا عن **سلامة (1991، ص 211)** صاحب النظرية النفسية الإجتماعية أن الإكتئاب بوصفه نتيجة لتهديدات تقدير الذات. وتفسير ذلك أن تقدير الذات يتولد بوساطة مشاعر الضبط خلال الأفعال والمواقف الذاتية، وعندما ينخفض مستوى تقدير الذات لدى شخص ما فإنه يصبح سلبيا،

ويجد صعوبة في كل ما يسلك، وعلى ذلك فإن الإحساس بالقيمة الذاتية يعد عنصرا مهما بل ودفاعا ضد الاكتئاب، ومن ثم فان الإكتئاب لدى **Becker** ما هو إلا الفشل في تقدير الذات وإحترامها، والذي بدورها يجعل الحياة خالية من كل معنى (**نقلا عن عبو فريد، 2001، ص 71– 77**).

* تقدير الذات والإدمان على المخدرات

يعتبر الإدمان كسلوك إنتقامي لتحطيم الذات وهذا هروبا من الواقع الذي يشعر المدمن أوالمتعاطي بالفشل ولا يشعرها بالأمل، واقع يؤكد له أنه منبوذ، ويطاردها الشعور بالألم والنقد والتجريح والإيذاء وضعف الذات (**نقلا عن عباري، 1999، ص 45**). كما أن تعاطي عقاقير ما إنما يعود إلى إنسجام المتعاطي مع الآثار الكيميائية للعقار، ويعد تعاطي المخدرات بالنسبة للمتعاطي نوعا من محاولات علاج الذات من جروح نفسية أو قصور أساسي في القدرة على مواجهة الإحباط وخاصة لدى الأفراد الذين يعانون من قصور فـي تقدير الذات وتنظيم الوجدان والعلاقات الشخصية المتبادلة، كما بين كل من " **Kaplan** " و" **Weider** " أن المنشطات تـؤدي إلى زيادة الشعور بتقدير الذات وتحمل الإحباط (**نقلا عن الديدي، 2001، ص 80-81**).

وفي هذا السياق، يرى **عبد الرحمن العيسوي(1999، ص 380)** أن هناك عدة سمات تميز شخصية المدمن نذكر منها ميله إلى فقدان الشعور بالثقة في نفسه ويلجأ للإدمان لطلب الدعم، ويعاني ويشعر بالنقص والدونية، وهو شخص غير قادر على تحمل الفشل والإحباط ولا يشعر بالرضا على حياته. كما تناول عدة باحثين آخرين دراسة علاقة مفهوم الذات بسلوك تعاطي المخدرات، فقد وجد كل من **Fitts** و**Hammer** **(1969)** نقلا عن **طايبي (1998، ص 74)** أن للمنحرفين، ومن بينهم الذين يتعاطون المخدرات مفهوم ذات منخفض، فهم أكثر ترددا ولا إستقرارا ، وأكثر سلبية تجاه ذواتهم، كما أنهم يقومون بجهود ضئيلة لوصف ذواتهم بشكل إيجابي، أما " **Randall** (**1970**) فقد وجد أن الأفراد الذين يتعاطون المخدرات لهم مفهوم ذات سلبي وتقدير ذات منخفض، وتوصل "**Algan**" **(1980)** في دراسته حول صورة الذات لدى المراهقات غير المتكيفات إجتماعيا كالمتعاطيات المخدرات، إلى أن الإحساس بالقيمة الذاتيـة عندهن ضعيفة جدا، فهن يحتقرن أنفسهن أكثر من غيرهن، ولديهن في الغالب صورة سلبية عن أنفسهن(**نقلا عن طايبي، 1998، ص 74-75**).

يتضح مما سبق أن تعاطي المخدرات تكون وسيلة لعلاج الذات، ولذا يختار المتعاطي نوعا معينا من العقار الذي يساعدها على تحقيق الأمن النفسي والتغلب على الآلام النفسية الناتجة عن الإحباطات الصدمية الداخلية والخارجية التي لا يستطيع التعامل معها بحلول مناسبة نظرا لما تنطوي عليه شخصيته من إضطراب يعود إلى مراحل النمو الباكرة، ففي الوقت الذي يحصل فيه الأسوياء على لذتهم وأمنهم وتقديرهم لذاتهم من خلال عدد من الإنجازات والعلاقات السوية بالذات وموضوعات الحب، يلجأ

المتعاطي إلى العقاقير على أمل أن تخفف له من حدة مكابداته النفسية في حين أنها تضاعف من الضغوط والأعباء الإجتماعية. حيث تتدهور أوضاعه الأسرية ويدخل في دائرة السلوك المنحرف كمحاولة يائسة لإغتصاب قدرا من تقدير الذات (**الديدي**Û **2001**Û **ţ 85**).

3- فعالية الذات

تعتبر فعالية الذات حسب " **Bandura** " نقلا عن **عبد الرحمن (1998**Û **ţ 273)** إحدى الخصائص النفسية التي تؤثر في أفكار الشخص وتفسيرا لما يلقاا من أحداث الحياة، فهي بذلك تشير إلى إعتقاد وإدراك الفرد لمستوى كفاءة إمكاناته وقدراته الذاتية وما تنطوي عليه من مقومات عقلية معرفية، وإنفعالية دافعية، وحسية فسيولوجية لمعالجة المواقف والمهام أو المشكلات. كما أن تقدير المرء لفعاليته الذاتية في مواجهة المواقف الضاغطة، يمكن أن يكون مؤشرا كافيا للتنبؤ إما بمدى صمودا أمام خبرات الفشل ومدى مثابرته في تحقيق الإنجاز أو بمدى إكتئابه، ذلك أن معتقدات الأفراد في قدراتهم الذاتية تؤثر على ردود فعلهم إزاء الشدائد والتوترات والسلوك الذي يتبع ذلك. وقد صرح كل من " **Folkman** " و" **Lazarus** " بأن إعتقادات الفرد لفعاليته الذاتية تمثل إحدى المميزات الشخصية التي تؤثر على تقدير وإستجابة المقاومة تجاا الوضعيات الضاغطة، وإن فعالية الذات ذات إرتباط إيجابي مع التخفيف من الضغط النفسي.

يتضح من خلال ما تقدم أهمية فعالية الذات في دراستنا لذلك تناولته الباحثة بمزيد من التفصيل من خلال تعريف هذا المفهوم، وطبيعة وبنية فعالية الذات، ومصادرها، وعوامل رفع وخفض مستوياتها، كما تم عرض مستويات تأثيراتها على الفرد، ومن حيث كونها كمنبئ بالسلوك، ثم ذكر علاقات فعالية الذات بمواجهة الضغوط، وبالصحة النفسية والإضطراب النفسي.

3-1 تعريف فعالية الذات

مصطلح "**Self – efficacy**" يعني فعالية الذات أو كفاءة الذات، وتستخدم إحدهما محل الأخرى وبنفس معناها، ويعتبر مفهوم فعالية أو كفاءة الذات من المفاهيم الهامة في تفسير سلوك الأفراد. وتعتبر فعالية الذات تكوين نظري وضعه "**Bandura**" نقلا عن **عبد الرحمن (1998**Û **ţ 273)** كميكانزم معرفي يسهم في تغير السلوك، ذلك أن فعالية الذات المدركة تؤثر في أنماط التفكير، والتصرفات، والإثارة العاطفيـة. ويقصد بها أيضا توقع الفرد بأنه قادر على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوب فيها في أي موقف معين، فالذين يتمتعون بفعالية ذات عالية يعتقدون أنهم قادرون على عمل شيء لتغيير وقائع البيئة، أما الذين يتصفون بفعالية ذات منخفضة فإنهم ينظرون إلى أنفسهم في الأساس بإعتبارهم عاجزين عن إحداث سلوك له أثارا ونتائجه (**منصور والشربيني**Û **2001**Û **ţ 136).**

كما يعرفها **"فتحي الزيات" (2001، ص 501)** بأنها إعتقاد أو إدراك الفرد لمستوى أو كفاءة أو فاعلية إمكاناته أو قدراته الذاتية، وما تنطوي عليه من مقومات عقلية معرفية، وإنفعالية ودافعية، وحسية فيسيولوجية عصبية، لمعالجة المواقف أو المهام أو المشكلات أو الأهداف، والتأثير في الأحداث لتحقيق إنجاز ما في ظل المحددات البيئية القائمة، وهي ما يعتقد الفرد أنه يملكه من إمكانات تمكنه من أن يمارس

ضبطا قياسيا لقدراته، وأفكاره، ومشاعره وأفعاله، وهذا الضبط لهذه المحددات يمثل الإطار المعياري للسلوكيات التي تصدر عنه في علاقتها بالمحددات البيئية المادية والإجتماعية.

يؤكد كلا من "**Theresa** و**Kathy**" **(2001)** نقلا عن **عبد العال (2002)** على أن فعالية الذات تعني حكم الفرد على قدراته لتنظيم وإنجاز الأعمال المطلوبة بأقصى أنواع الكفايات اللازمة، أما "**السيد ابو هاشم**" و"**عواطف حسين**" نقلا عن **عبد العال (2002)** قد رأوا أن فعالية الذات تعبر عن توقع الفرد لقدراته على أداء مهمة محددة، فهي تمثل الإدراك الذاتي لقدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقق النتائج المرغوبة في أي وقت، والتنبؤ بالنجاح في تحقيق السلوك، و يذكر "**سامي زيدان**" **(2000)** أن فاعلية الذات هي إدراك الفرد لقدراته على إنجاز السلوك المرغوب بإتقان ورغبته في أداء الأعمال الصعبة وتعلم الأشياء الجديدة وإلتزامه بالمبادئ وحسن تعامله مع الآخرين وحل ما يواجهه من مشكلات وإعتماده على نفسه في تحقيق أهدافه بمثابرة وإصرار (**نقلا عن عبد العال، 2002، ص 298**).

بناء على ما سبق فإن الباحثة الحالية ترى أن فاعلية الذات هي إيمان الفرد يقينيا في قدراته وثقته في إستعداداته ومهاراته على أداء عمل ما يتطلب جهدا فائقا ونفسا طويلا وأداء شاقا يتحداه الفرد ويجد نفسه فيه وسيتعرض من خلاله قدراته ومؤهلاته بهمة ونشاط. وتعرف إجرائيا بأنها مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد على بنود مقياس فعالية الذات المستخدم في هذا البحث.

2-3 طبيعة وبنية الفعالية الذاتية

الكفاءة أو الفعالية الذاتية هي مجموعة متمايزة من المعتقدات أو الإدراكات المترابطة أوالمتداخلة لتنتج مجموعة من الوظائف كالضبط الذاتي لعمليات التفكير، والدافعية، والحالات الإنفعالية والفسيولوجية، وهذه الكفاءة هي قابلية عامة تقوم على ما يعتقد الفرد أنه يملكه أو يمكنه عمله، لا ما يملكه أو يقوم به بالفعل تحت مختلف الظروف، كـما أنها ذات طبيعة متعددة الأبعاد، من حيث المجال فهي تشمل البعد العام، والإجتماعي والأكاديمي، كما أنها تختلف من حيث المستوى ودرجة العمومية. حيث يتضمن البعد العام إعتقادات الناس في قدراتهم على الأداء عند مختلف مستويات صعوبة المهام، وتباين متطلبات أدائها وخلال مختلف السياقات أو الظروف البيئية، بينما يعكس إعتقادات وإدركات الأفراد داخل أطر أو سياقات إجتماعية تتدرج من البساطة إلى التعقيد منها الأسرة، والمدرسة والكلية، ويتضمن البعد الأكاديمي

إدراكات الأفراد في إمكاناتهم وقدراتهم عبر مختلف المجالات والمستويات الأكاديمية ذات الطبيعة العامة أو النوعية، وخلال المراحل العمرية، بينما يشير بعد المستوى إلي مستوى إعتقاد الفرد في كفاءته أو فاعليته الذاتية، بمعنى مدى ثقة الفرد في قدراته ومعلوماته، ويندرج هذا المستوى ما بين مرتفع إلى متوسط إلى منخفض، أما بعد العمومية فيشير إلي مدى إتساع الأنشطة والمهام التي يعتقد أو يدرك الفرد

أن بإمكانه أدائها تحت مختلف الظروف، وتختلف درجة العمومية بإختلاف المحددات التالية درجة تماثل الأنشطة، ووسائل التعبير عن الإمكانية سلوكية، ومعرفية، وإنفعالية والخصائص الكيفية للمواقف منها خصائص الشخص (**الزيات، 2001، ص 508 -510**).

3-3 مصادر فعالية الذات

تكتسب فعالية الذات وتنمو وتضعف بعامل أو أكثر من العوامل الآتية، الخبرات النشطة السائدة ذات الدلالة في حياة الفرد، وخبرات الإنجاز الفعلي الحقيقي عبر مدى واسع من الأنشطة، والقدرات الإقناعية اللفظية كمحددات للكفاءة الذاتية والبنية الفسيولوجية والإنفعالية أو الوجدانية. وسنتعرض لها فيما يلي بمزيد من التفصيل(**منصور والشربيني، 2001، ص 137 -138**).

* الخبرات النشطة السائدة ذات الدلالة في حياة الفرد:

تشكل هذا الخبرات أكثر مصادر المعلومات المتعلقة بالكفاءة الذاتية، لأنها تفسر مدى إمكان سيطرة الفرد أو نجاحه فيما يسعى لتحقيقه، حيث تبني النجاحات المتكررة حس قوي وثقة في الكفاءة الذاتية للفرد، بينما يضعف الفشل المتكرر هذا الحس وينقص ثقة الفرد بقدراته ومعلوماته، وخاصة إذا تحقق الفشل قبل أن يتأكد لديه على نحو راسخ شعورا بكفاءته الذاتية، فالأداء الناجح بصفة عامة يـرفع توقعات الفاعلية، بينما يؤدي الإخفاق إلى خفضها، لذلك تحتاج عمليات إعادة بناء ثقة الفرد بقدراته ومعلوماته ومن ثم كفاءته الذاتية إلى تكرار ممارسة الفرد لخبرات النجاح، والتغلب على العقبات والمعوقات.

* خبرات الإنجاز الفعلي الحقيقي عبر مدى واسع من الأنشطة:

تدعم خبرات الإنجاز الفعلي الحقيقي التي يحققها الفرد بالفعل عبر مدى واسع ومتنوع من الأنشطة والمهام الشعور والإعتقاد الموجب بإرتفاع مستوى كفاءته الذاتية وثباتها النسبي، ومقاومتها لأي تأثيرات سالبة عليها كالفشل المؤقت في بعض المهام.

* القدرات الإقناعية اللفظية كمحددات للكفاءة الذاتية:

يمكن إكتساب فعالية الذات من خلال الإقناع اللفظي، حيث تتأثر الكفاءة الذاتية للفرد أيا كانت طبيعتها (عامة، وإجتماعية وأكادمية) بالقدرات الإقناعية اللفظية أو عوامل الإقناع اللفظي المصحوبة بأنماط من

التأثيرات الإجتماعية، وترتبط القدرات الإقناعية اللفظية إرتباطا دالا موجبا بالقدرات اللغويـة والطلاقة الفكرية واللفظية . ويفترض "Bandura " نقلا عن **منصور والشربيني(2001)**أن تأثير الإقناع اللفظي يرتبط على نحو مباشر بمكانة المقنع المدركة وسلطته، كما يكون الإقناع اللفظي أكثر فعالية حين يرتبط بالأداء الناجح.

*** البنية الفسيولوجية والانفعالية:**

تؤثر البنية الفسيولوجية والإنفعالية تأثيرا عاما أو معمما على الكفاءة الذاتية للفرد، وعلى مختلف مجالات وأنماط الوظائف العقلية المعرفية والحسية العصبية لدى الفرد، وعلى هذا فهناك ثلاثة أساليب لزيادة أو تفعيل إدراكات الكفاءة الذاتية وهي تعزيز أو زيادة أو تنشيط البنية البدنية أو الصحية، وتخفيض مستويات الضغوط أو الميول الإنفعالية السالبة، وتصحيح التفسيرات الخاطئة للحالات التي تعتري الجسم **(منصور والشربيني، ص 139).** كما تؤثر الحالات المزاجية على تفسير الفرد للأحداث وإدراكها وتنظيمها، وتؤثر الحالة المزاجية الإنفعالية على إدراك الفرد لكفائته الذاتية وعلى الأحكام التي يصدرها، فالذين يخبرون خوف شديد أو قلق حاد يغلب أن تكون توقعات فاعليتهم الذاتية منخفضة **(الزيات، ص 517).**

4-3 عوامل رفع وخفض مستوى فعالية الذات

يتوقف مستوى وعي الفرد بكفاءته الذاتية من خلال ممارسته للخبرات أو تحقيقه للإنجازات على العوامل الأساسية التالية: **(الزيات، ص 515).**

*** فكرته المسبقة عن إمكاناته وقدراته ومعلوماته:**

كلما مالت الفكرة المسبقة عن إمكانات الفرد وقدراته ومعلوماته نحو الإيجابية، والثبات النسبي عبر مدى واسع من الأنشطة والمواقف والمهام، كلما كان شعورا بإرتفاع مستوى كفاءته الذاتية أكبر.

*** إدراك الفرد لمدى صعوبة المهمة أو المشكلة أو الموقف:**

كلما كان إنجاز الفرد أو مستوى أدائه لمهامه أكثر صعوبة كلما كان شعورا بإرتفاع مستوى كفاءته الذاتية أكبر، وكلما مالت المهام أو المشكلات إلى السهولة، كلما كان شعورا بمستوى كفاءته الذاتية أقل.

*** الجهد الذاتي النشط الموجه بالأهداف:**

كلما كان مستوى أداء إنجاز الفرد قائما على الجهد الذاتي النشط الموجه بالأهداف أكبر، وبر مدى واسع من الأنشطة والمهام والمواقف، كلما كان شعورا بإرتفاع مستوى الكفاءة الذاتية لديه أكبر.

* حجم المساعدات الخارجية:

كلما كان حجم ونوع المساعدات الخارجية التي يتلقاها الفرد خلال أدائه للمهام والأنشطة أكبر، كلما تضاءل شعوره بإرتفاع مستوى كفاءته الذاتية.

* الظروف التي خلالها يتم الأداء أو الإنجاز:

كلما كان مستوى الإنجاز أو الأداء أعلى في ظل ظروف أقل إيجابية أو ضاغطة، كلما كان شعور الفرد بإرتفاع مستوى كفاءته الذاتية أعلى، ومعنى ذلك أن الأفراد الذين يحققون إنجازا ملموسا رغم ظروفهم الصعبة، يكون إحساسهم بذواتهم أفضل وشعورهم بقوة كفاءتهم الذاتية أعلى.

* الخبرات المباشرة السابقة للنجاح والفشل:

إن تكرار خبرات النجاح على مدى واسع من الأنشطة والمهام والمواقف، يدعم الشعور بإرتفاع مستوى الكفاءة الذاتية، كما أن تكرار خبرات الفشل عبر مدى واسع ومتنوع من الأنشطة والمهام والمواقف يدعم الشعور بإنخفاض مستوى الكفاءة الذاتية.

5-3 فاعلية الذات كمنبئ بالسلوك

أشار " **Bandura** " نقلا عن **منصور والشربيني (2001)** إلى فاعلية الذات على أساس التبادل بين العوامل الشخصية والبيئة ، حيث يفترض وجود مؤشرات بيئية ووجود فرد يتميز بالنشاط المعرفي، وحين يحدث التعزيز بين المؤثرات والفرد، تقوم عمليات التعزيز بفعالية وتنظيم الذات. ومن مسلمات **Bandura** في تصوره للحتمية التبادلية وجود تفاعل وتأثير بين البيئة والسلوك، فالفعالية الذاتية هو توقع الفرد بأنه قادر على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوب فيها في أي موقف معين، ويعرف نفس الباحث توقع الفعالية بأنه الاعتقاد بأن المرء يستطيع أن يصدر بنجاح السلوك المطلوب لتحقيق النتائج، ويضيف بأن هناك تمييز بين توقع الفعالية وتوقعات النتيجة، فتشير توقعات الفعالية إلى ثقة الفرد في قدرته على أداء سلوك معين، في حين أن توقعات النتيجة تشير إلى تنبؤ الفرد للنتائج المحتملة لذلك السلوك. وعليه، تعتبر فاعلية الذات أحد المؤثرات الذاتية في السلوك، ومصدر الضبط لا يوجد في المثير أو البيئة، ولكنه يوجد في التبادل الذي يحدث بين العوامل البيئية والسلوكية والشخصية، لذلك إعتبرت الفعالية الذاتية متغير شخصي هام حين ترتبط بأهداف معينة.

كما أن الفعالية العالية والمنخفضة ترتبط مع بيئات متجاوبة وغير متجاوبة تؤدي إلى متغيرات أربعة يمكن التنبؤ بها، فعندما تكون الفعالية عالية والبيئة متجاوبة يغلب أن تكون النتائج ناجحة، في حين ترتبط الفعالية المنخفضة مع بيئة متجاوبة قد يصبح الشخص مكتئبا حين يلاحظ الآخرين ينجحون في أعمال صعبة جدا بالنسبة له، أما حين يواجه الناس ذوو الفعالية العالية مواقف بيئية غير متجاوبة فإنهم يكيفون

جهودهم ليغيروا البيئة، وإذا أخفقت جميع الجهود فإنه يفترض أنهم سوف يتركون هذا المسار ويتخذون مسارا جديدا أو يبحثون عن بيئة أكثر تجاوبا، بينما ترتبط فعالية الذات المنخفضة مع بيئة غير متجاوبة فثمة تنبؤ بعدم الإكتراث والإستسلام واليأس (**منصور والشربيني، ص 136 ـ 141).**

6-3 مستويات تأثير فعالية الذات على الفرد

ترتبط فعالية الذات المدركة بأحكام الفرد حول مدى قدرته على إنجاز تصرفات مطلوبة للتعامل مع المواقف المستقبلية، إن أحكام فعالية الذات سواء كانت أحكام صواب أو خطأ تؤثر في إختيار الفرد للأنشطة والمواقف البيئية، فالناس يتحاشون الأنشطة التي يعتقدون أنها أعلى من قدراتهم، بينما يقبلون على وينجزون بثقة تلك الأفعال التي يحكمون بأنهم قادرون على السيطرة عليها. عموما، تؤثر فعالية الذات على الفرد في مستويات متعددة منها رسم الخطط، ومستوى الدافعية، وأنماط التفكير ومقدرتهم على حل المشكلات. وسيتم فيما يلي التفصيل في كل منها على حدى.

* مستوى وضع الخطط وتصميمها:

يشير " **Kazdin** " نقلا عن **عبد الرحمن (1998، ص 338)** إلى أن إدراك الناس لفعاليتهم يؤثر على الخطط التي يعدونها مسبقا أو يكررونها، فهؤلاء الذين لديهم إحساس مرتفع بفعالية الذات يرسمون خططا ناجحة توضح الخطوط الإيجابية المؤدية للإنجاز، بينما يميل الآخرون الذين يحكمون على أنفسهم بعدم الفعالية إلى رسم خطط فاشلة، وتعتبر فعالية الذات المدركة والتي تشير إلى معتقدات الناس حول مقدرتهم على التحكم في الأحداث التي تؤثر في حياتهم من أهم الميكانزمات أو القوى الشخصية، وتعمل كفئة هامة من محددات الدافعية وراء السلوك الإنساني، إنها تؤثر في الحدث من خلال عمليات دافعية ومعرفية ووجدانية.

* مستوى الدافعية:

أشار كل من "**Cervone**" و"**Peake** " نقلا عن **عبد الرحمن (1998، ص 338)** إلى أن معتقدات الناس حول فعالية الذات تحدد مستوى دافعيتهم، كما تنعكس من خلال المجهودات التي يبذلونها في أعمالهم والمدة التي يصمدون فيها في مواجهة العوائق، وكلما زادت ثقة الأفراد في كفاءة أو فعالية الذات زادت مجهوداتهم وزاد إصرارهم على تخطي ما يقابلهم من عوائق، وعندما يواجه الأفراد الذين لديهم شكوك في مقدرتهم الذاتية لحل المشكلات فإنهم يقللون من مجهوداتهم بل ويحاولون حل هذا المشكلات بطريقة غير ناضجة، بينما ذوو الثقة المرتفعة في القدرة الذاتية لديهم مجهودا عظيما في السيطرة على مواقف الصراع.

* مستوى التفكير:

تؤثر فعالية الذات في أنماط التفكير بحيث يمكن أن تكون معينات ذاتية أو معوقات ذاتية، وتأخذ هذا التأثيرات المعرفية أشكالا متعددة. فكثير من السلوك الإنساني ينظم من خلال الأهداف التي يتم تجسيدها مسبقا بطـريقة معرفية، وتتأثر مواقف الأهـداف الذاتية بالتقويم الـذاتي للقدرات، فكلما إزدادت فعـالية الذات المدركة لدى الفرد إرتفعت الأهداف التي يضعها لنفسه وزاد إصرارا على تحقيق تلك الأهداف **(عبد الرحمن 1998، ص 339)**.

* مستوى القدرة على حل المشكلات:

يشير " **Wood**" **و** "**Bandura** " نقلا عن **عبد الرحمن (1998، ص 338 -339)** إن الناس الذين يثقون بقوة في مقدرتهم على حل المشكلات يكونون على كفاءة عالية في تفكيرهم التحليلي في المواقف المعقدة، بينما يكون على النقيض من ذلك هؤلاء الذين يعانون من شكوك في فعاليتهم. و يوضح "**Kazdin** " بأن الإحساس المرتفع بفعالية الذات ينشئ بناءات معرفية ذات أثر فعال وتكرارات معرفية ذات أثر فعال في تقوية الإدراك الذاتي للفعالية، وإن الذين يتمتعون بفعالية ذات مرتفعة يعتقدون أنهم يقدرون على عمل شيء لتغيير وقائع البيئة ويزيد ذلك دافعيتهم لتحقيق الأهداف التي يرسمونها. ويضيف "**Bandura** " نقلا عن **عبد الرحمن (1998، ص 341)** بأن درجة الفعالية تحدد السلوك المتوقع الذي يقوم به الفرد في مواجهة المشكلات التي تواجهه، كما تحدد كمية الطاقة المبذولة للتغلب على المشكلات.

3-7 فعالية الذات ومواجهة الضغوط النفسية

تعتبر فعالية الذات حسب " **Bandura** " نقلا عن **سلامة (1991، ص 201)** إحدى الخصائص النفسية التي تؤثر في أفكار الشخص وتفسيرا لما يلقاه من أحداث الحياة، فيركز على مدى إدراك الفرد لفعالية الذاتية وتحكمه في عواقب الأمور، فهو يرى أن تقدير المرء لفعاليته الذاتية أي مدى كفايته وفعاليته في مواجهة المواقف الضاغطة أو الأحداث التي لا يمكن التنبؤ بنتائجها يمكن أن يكون مؤشرا كافيا للتنبؤ إما بمدى صمودا أمام خبرات الفشل ومدى مثابرته في تحقيق الإنجاز أو بمدى إكتئابه**.** ويضيف "**Bandura** " نقلا عن **الحجار(1989، ص 49- 50)** بأن التعلم لا يتأثر فقط بالإثابة والمكافأة والعقاب ولكنه يتأثر بالكيفية التي يقيس بها الأفراد حجم قدراتهم ومواقفهم، وأيضا بما يفكرون، فهو يرى أن معتقدات الأفراد في قدراتهم الذاتية تؤثر على ردود فعلهم إزاء الشدائد والتوترات، والسلوك الذي يتبع ذلك، وإتضح له أيضا أن الفرد الذي يمتلك الفعالية الذاتية والقدرة على السيطرة في مواقف معينة قد لا يكون كذلك في مواقف أخرى، كما برهن وغيرا من الباحثين أن أحكام الأفراد على قدراتهم الذاتية في السيطرة على

المواقف والتعامل معها تؤثر إلى حد بعيد على سلوكياتهم في كثير من المواقف المتنوعة المختلفة من مواجهة المشكلات، إلى إختيار المهنة، إلى الإستمرار في نظام غذائي معين، وهذا الأحكام تؤثر على الأفراد سواء كانوا يحاولون خلق عادات صحية، أو على حجم الجهد المبذول، أو المدة التي يقضونها في مواجهة المتاعب والعراقيل، أو قدر التوتر الذي يعانونه ويتعرضون له. إن الأفراد الذين يدركون أن لديهم القدرة على التحكم في، وضبط ما يتعرضون له من مثيرات ضاغطة يبدو أن لديهم حماية ووقاية أفضل ضد الآثار المكبوتة للتوتر (**عبد الرحمن، 2000، ص 272**).

وفي رأي " **Bandura**" نقلا عن **الحجار(1989، ص 53)** إن الأشياء والمواقف هي بذاتها غير مخيفة، فمهما كانت نوعية المخاوف والإثارة التوترية التي تنجم عنها، فإنها تصدر عن الصورة التي نفسر بواسطتها قدراتنا في التعامل مع هذا المخاوف. و قد دلت أبحاثه أن الأحكام الذاتية في تقويم القدرات لها قدرة تنبؤية دقيقة تدل على مقدار البعد الذي يذهب به الفرد في التعامل مع الموقف، فعندما ينظر الناس إلى أنفسهم نظرة إقتدار وعزم وثقة كبيرة بالنفس، فإنهم يبرهنون على هذا الإقتدار بالفعل والعمل لأنهم يعتقدون أن في إستطاعتهم السيطرة على الأشياء التي تخيفهم، ويؤكد أيضا أن العلاجات الناجحة تكون من خلال رفع وتيرة شعور الأفراد بقدراتهم الذاتية وتقويتها، فهذا التغير النفسي يسمح بدورها للأفراد التدريب على ممارسة سيطرة أكبر على سلوكهم، وعلى دوافعهم وعلى المحيط، لذلك إعتبر " **Albert Bandura**" العالم الرائد في ميدان النظريات العلاجية المسماة تعزيز الفعالية الذاتية وتقويتها.

3-8 فعالية الذات والصحة النفسية

إن الكفاية والفعالية الذاتية وتناقص التدعيم الإيجابي والأحداث السارة، وقدرة المرء على مواجهة المشكلات والتغلب عليها، وتقدير الذات والمعارف والأفكار السلبية عن الذات، والتقييم السلبي لها وللمواقف والمستقبل، وتعميم الفشل والعجز كلها متغيرات نفسية ومعرفية مرتبطة بالصحة النفسية وبالإكتئاب (**نقلا عن سلامة، 1991، ص 201**). ونظرا لأهمية فعالية الذات كمتغير نفسي ومعرفي مرتبط بالصحة النفسية والإضطراب النفسي، سيتم لاحقا تقديم عرض واسع للموضوع من خلال تناول بعض الدراسات التي إهتمت بفعالية الذات وعلاقتها ببعض المشكلات الصحية.

* فعالية الذات والاكتئاب:

حسب "**Bandura** " نقلا عن **أبو زيد (2001، ص 75)** فمرد الإكتئاب عندها يكمن في المفهوم السالب عن تلك الفعالية الذاتية التي هي بمثابة الشعور بمدى كفاءة الذات في مقاومة الأفكار اللاعقلانية والإنهزامية والخاطئة عنها. ويؤكد نفس الباحث نقلا عن **سلامة (1991، ص 2001)** مدى أهمية إدراك الفرد وتقديرها لفعاليته الذاتية، وكيف أن هذا التقديرات تتعلق بشكل كبير بمشاعر الكفاية الشخصية لدى المكتئبين، وقد وجد أن المكتئبين كانوا أقل كفاءة في مواجهة الظروف الضاغطة، الأمر الذي تم إرجاعه

إلى إنخفاض تقديرهم لكفايتهم الذاتية، كذلك كان المكتئبون أقل تأكيدا لذواتهم وأدنا إدراكا لفعاليتهم في مواجهة الأمور مقارنة بغير المكتئبين.

كما قام **Holahan** " وزملائه **(1987)** نقلا عن **سلامة (1991Û ţ 202)** بدراسة على عينة قوامها 424 فردا التي أجريت للمقارنة بين المكتئبين وغير المكتئبين في عدد من المتغيرات النفسية، فوجدوا أن غير المكتئبين أكثر تساهلا مع أنفسهم، كـما أنهم أكثر ثقة بأنفسهم وأكثر توكيدا لـها وذلك بمقارنتهم بالمكتئبين، كذلك وجد أن المكتئبين أقل كفاية في المواجهة الفعالة للمشكلات سواء المالية أو المتعلقة بالعمل أو الخاصة بالعلاقات بالآخرين، كما أنهم أكثر إستخداما لأساليب الإحجام والتجنب مقارنتهم بغير المكتئبين.

في هذا السياق، أشارت مجموعة من الدراسات الإكلينيكية **(Aboud**و **Olioff**Û **1991**Û **Teti** و**Gelfand**Û **1991)** نقلا عن**(Bandura et al, 1999, P265)** حول مرضى الإكتئاب، بأن هناك إرتباط وإستمراية في تأثير مستوى الفعالية الذاتية في شدة الإكتئاب، فالشعور المنخفض للفعالية يولد إكتئاب أشد، كما أن الإحساس بعدم الفعالية يؤدي إلى إحتقار الذات وظهور الإكتئاب ذلك لأن إعتقادات الفرد حول فعاليته الذاتية لها دور في الإكتئاب. كما أشارت بحوث إكلينيكية أخرى **"Leary" (1982)** و**"Alden" (1991)** نقلا عن **(Cervone et al, 1994, P499)** بأن التعارض السلبي بين توقعات الفرد والأهداف تعزز ظهور الحالات الوجدانية السلبية كالقلق والإكتئاب، وأنه يمكن للمزاج أن يؤثر على إدراك الفعالية الذاتية من خلال التأثير على نوع المعلومات التي تراود ذهن الفرد عندما يقيم ويقدر قدراته وإمكانياته.

* فعالية الذات والسلوك الجانح:

أجرت دراسة من طرف"**محمد السيد عبد الرحمن**" **(1998Û ţ 349)** لمعرفة مدى إدراك الأسوياء والجانحين لفعالية الذات التي تحدد إلى درجة كبيرة تصرفات هؤلاء الأفراد، فهي تؤثر في مستوى الدافعية وأنماط التفكير والنواحي الوجدانية للأفراد، ومن خلال ذلك يمكن تفسير مدى إقبال الجانح على بعض الأنماط السلوكية التي لا يقبل عليها الأسوياء ويرفضها المجتمع، كما أن معرفة الفروق بين الأسوياء والجانحين في أبعاد فعالية الذات تسمح بفهم أسباب الفروق في التصرفات والتفكير والدافعية لدى هؤلاء الأفراد، أسفرت نتائج هذا الدراسة وجود فروق دالة في فعالية الذات بين المجموعتين لصالح الأسوياء، مما يجعلهم أكثر قدرة على كبح العدوان والمسايرة الإجتماعية مقارنة بالجانحين.

في هذا الصدد، أجرى " **Allen** " نقلا عن **عبد الرحمن** (**1998Û ţ 346**) دراسة لتفسير السلوك الجانح أو المشكل لدى المراهقين مثل الأفعال الجانحة، وكثرة تعاطي المخدرات، والسلوك التهربي والتسرب المدرسي، وذلك بقياس المعتقدات الإجتماعية حول إدراك المراهقين لقدراتهم على تحقيق سلوك إجتماعي

مكيف، أي قياس فعالية الذات المدركة لسلوك المسايرة الإجتماعية، وأسفرت النتائج أن المعتقدات غير المتوقعة ترتبط بصورة كبيرة بالسلوكيات المشكلة، كما إتضح أن إنخفاض فعالية الذات كان أقوى العوامل إرتباط بالسوكيات المشكلة.

* فعالية الPات وسلوp التدخين:

دعا كل من " **Gordon** و**Marlatt**" **(1980)** نقلا عن **(عبد الرحمنÛ 1998Û ţ 274)** إلى إفتراض وجود ميكانزم عام للإرتداد لدى المدخنين ومدمني الخمر والهيروين تتضمن فعالية الذات، والذي من المفروض يسهم في تحقيق التكيف مع المواقف الضاغطة. كما أن الدراسات أكدت على وجود علاقة إرتباطية بين فعالية الذات والمتغيرات المرتبطة بسلوك التدخين مثل مدة التدخين، عدد مرات الإمتناع والعودة للتدخين. فقد أظهرت نتائج دراسة "**Condiote**" **(1980)** نقلا عن **(عبد الرحمنÛ 1998Û ţ 276)** أن المدخنين الذين كانت درجاتهم منخفضة في فعالية الذات والحالة المزاجبة هم الذين إرتدوا للتدخين مرة أخرى.

وأكدت دراسة " **Prochaska** " **(1982)** نقلا عن **(عبد الرحمنÛ 1998Û ţ 278)** أن سلوك التدخين يرتبط بجوانب أخرى لدى المدخن كمفهومه عن ذاته ومستوى القلق وفعالية الذات وعند مقارنة الأفراد الذين نجحوا في الإقلاع والمرتدين، سجل هؤلاء الذين نجحوا في التغيير مستويات أعلى في فعالية الذات، في حين أظهر المرتدون ثقة أقل في توافقهم مع المواقف التي تثير إضطرابا إنفعاليا. أما دراسة **Edwards** و**Devins** **(1988)** نقلا عن **(عبد الرحمنÛ 1998Û ţ 280)** حول تطبيق نظرية "**Bandura** " للتعلم الإجتماعي المعرفي لتحليل عوامل خفض مستوى التدخين وكثافته بين المدخنين الذين لديهم أمراض مزمنة ومستمرين في التدخين، أوضحت النتائج أن فعالية الذات هي المؤشر الوحيد التي تحدد قدرة المدخن على خفض مستوى التدخين، كما أن المتغيرات الأخرى في النظرية تسهم في خفض مستوى التدخين بتفاعلها مع فعالية الذات وليست مستقلة عنها.

في هذا السياق، أجرى" **محمد السيد عبد الرحمن**" **(1998Û ţ 306)** دراسة للمقارنة بين المدخنين وغير المدخنين، أسفرت النتائج وجود فروق دالة بين المجموعتين في الفعالية العامة للذات لصالح غير المدخنين، وتدل هذا النتيجة أن المدخنين تنقصهم الثقة بالنفس، والقدرة على تحمل الإحباط، كما تنقصهم قوة الإرادة وأنهم سريعي الشعور باليأس، كما أنهم يتميزون بالإكتالية والإعتماد على الغير إن إضطروا لمواجهة المطالب وضغوط الحياة، وكوسيلة لتزويدهم بالمساندة والتأييد فإن سلوك التدخين وسيلة لخفض مستوى القلق الناتج عن التعرض لمشاكل العمل والدراسة أو ضغوط الحياة عموما. وعليه إتفقت أغلب

الدراسات على أن المدخنين الذين كان لديهم مستوى منخفض من الفعالية الذاتية كانوا أسرع إرتدادا للتدخين بينما حقق الممتنعين مستوى أفضل من فعالية الذات.

4 - القلق وسمة القلق

إن لدراسة القلق أهمية كبيرة في علم الصحة النفسية لأنه الإنفعال الأساسي الذي يقف خلفه العديد من الإضطرابات النفسية وخاصة العصابية منها، والقلق إنفعال إنساني له درجات متنوعة وله أثار مختلفة أيضا، وقد تحدث عنه الكثير من علماء النفس. كما أصبح القلق اليوم من المشاكل النفسية الأكثر إنتشارا بين مختلف فئات المجتمع خصوصا مع التطور السريع الذي يشهدا نسق الحياة، فالقلق بإعتبارا إستجابة عامة في معظم الإضطرابات النفسية فقد نجدا بسيطا وطبيعيا عند كل إنسان، فهو يحركه للعمل وإنجاز كل ما يطمح إليه، بهذا يكون له دور إيجابي في حياة الفرد وعندما يزيد عن حدا يصبح مصدر ألم شديد يعرقل السير العادي للحياة العادية.

ونظرا لأهمية هذا المفهوم في هذا الدراسة تناولته الباحثة بشيء من التفصيل من خلال تقديم تعريف القلق، وطبيعته وأنواعه، كما تم التطرق إلىأعراض القلق الجسدية والنفسية، وعلاقة القلق بالأمراض السيكوسوماتية وبالأخص مرض الربو والسكري، والعلاقة بين القلق والإضطراب النفسي، والعلاقة بين القلق وإدمان المخدرات، كما تم التطرق إلى بعض التناولات النظرية المفسرة للقلق كالتناول المعرفي ونظرية حالة وسمة القلق وأخيرا تم عرض علاقة القلق حالة والقلق سمة ببعض المواقف الضاغطة.

4-1 تعريف القلق

يشير" **Nobert** " **(1996)** بأن كلمة قلق لغويا مشتقة من اليونانية " **Angor** " وتعني مكان ضيق أو ممر ضيق أو موقف صعب. وقلق، قلقا لم يستقر في مكان واحد، وقلق لم يستقر على حال، وقلق إضطرب وإنزعج، وأقلق الهم فلانا أزعجه، وقد أقر معجم اللغة العربية إستخدام القلق بوصفه حالة إنفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث، والمقلاق شديد القلق (**عبد ÛŸl ţ 169).**

ويعرفه " **قاموس علم النفس**" نقلا عن **Nobert (1996Û ţ 19)** بأنه إحساس عميق يتضمن الشعور بالخوف الشديد من خطر مجهول، وهو مرتبط بالجهاز العصبي الذاتي. كما يعرفه " **محمد عبد الخالق**" نقلا عن **فايد (2001Û ţ 94)** أنه شعور عام بالخشية أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع، أو تهديد غير معلوم المصدر مع الشعور بالتوتر الشديد وخوف لا أساسا له من الناحية الموضوعية وغالبا ما يتعلق هذا الخوف من المستقبل أو المجهول.

أما " **فرويد** " **(1985، ص 03)** فيرى أن القلق حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان، ويسبب له كثيرا من الكدر والضيق والألم، والشخص القلق يتوقع الشر دائما، وهو يتشكك في كل أمر يحيط به ويخشى أن يصيبه منه ضرر، ويبدو متوتر الأعصاب مضطربا وتصاحب القلق أعراض نفسية بدنية عديدة**.** كما قدم " **حامد زهران** " نقلا عن **عبد الله (2001، ص 169)** تعريفا للقلق بأنه حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، يصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية وعضوية.

يتبين لنا من هذا التعريفات أن ما يميز القلق هو أنه:

- إنفعال جوهرا الخوف الغامض.
- ينطوي على تهديد وخطر (واقع أو يخشي وقوعه).
- يرافقه شعور بالتوتر والتوجس.
- مبالغة الفرد في خطورة الموقف.
- يصاحب القلق أعراض نفسية وجسدية.

وهكذا فإنه بإمكاننا تقديم التعريف التالي للقلق بأنه إستجابة إنفعالية مركبة من الخوف والتوتر والضيق لخطر أو تهديد واقع أويخشى وقوعه موجه نحو الشخصية بكاملها، إضافة إلى الإحساسات الجسمانية والنفسية المصاحبة له.

4-2 طبيعة القلق

لقد حدد **Lewis (1988)** نقلا عن **عبد الله (2001، ص 170)** الخصائص الست التالية للقلق:

- إنه حالة إنفعالية يرتبط به الذعر، والفزع، والخشية، وتوقع خطر والتوجس.
- يتميز هذا الإنفعال بأنه غير سار.
- إنه إنفعال موجه نحو المستقبل.
- لا يوجد تهديد حقيقي أو معروف أو محدد، أو أن التهديدات إن وجدت فعلا فهي لا تسدعي مثل هذا الإنفعال، ولا يتناسب معه بهذا الدرجة من التهويل.
- هناك شكاوي جسيمة ذاتية تحدث في القلق كالشعور بضيق الصدر.
- يرافقه أيضا إضطرابات وتغيرات عضوية وجسيمة واضحة.

4-3 أنواع القلق

عادة ما يصنف العاملون في مجال الإضطرابات النفسية القلق إلى نوعين أساسين، أحدهما القلق الموضوعي (العادي) وهو خوف من خطر خارجي معروف كالخوف من حيوان مفترس أو من الغرق، وهذا النوع من الخوف أمر مفهوم ومعقول، فالإنسان يخاف عادة من الأخطار الخارجية التي تهدد حياته

(**نقلا عن فرويدÛ 1985Û ţ 14)**. أما "**فيصل الزراد**" **(1984Û ţ 75)** فيرى أن القلق الموضوعي هو أقرب إلى الخوف ذلك لأن مصدرا واضح عند المصاب، فالفرد يشعر بالقلق إذا قرب وقت الإمتحان وعادة ما يرتبط مصدر القلق في مثل هذا الحالات وغيرها بالعالم الخارجي. ويمكن أيضا تعريفه بإعتباره قلقا عاديا أو إستجابة طبيعة لمواقف الضغط أو الخطر والتهديد التي يكون الفرد على وعي بها وبظروفها وبحدودها حيث ينشط سلوكه لمواجهة تلك الحالة الباعثة على التوتر والضيق **(فايدÛ 2001Û ţ 49)**. والآخر، القلق المرضي (العصابي) ويعتبر خوف مزمن دون مبرر موضوعي مع توافر أعراض نفسية وجسمية شتى دائمة إلى حد كبير، فالمصاب لا يدرك مصدر علته ويصاب بحالة من الخوف الغامض المنتشر غير المحدد **(فايدÛ 2001Û ţ 49)**. كما يعرف بأنه حالة مزمنة من الخوف الغامض الذي لا يعرف المريض أسبابه ولا يرتبط بموقف أو شيء محدد لأنه بمثابة قلق منتشر يرافقه تغيرات نفسية وعضوية متنوعة وغالبا ما يحدث على شكل نوبات أو يتظاهر بأعراض جسمية واضحة (**عبد ÛÎl 2001Û ţ 287**).

قد يأخذ القلق المرضي الشكلين التاليين، أحدهما حالة القلق الدائمة حيث يكون المريض متوترا بشكل دائم، مشغول البال بأمور لا يعرف مصدرها، كما أنه يخشى الموت له ولأفراد أسرته، يبحث عن الأمن العاطفي ولا يحتمل العزلة والإنفصال، والآخر نوبة القلق الحاد حيث تحدث بشكل مفاجئ دون سبب منطقي، وغالبا ما تحدث النوبة في الليل حيث يستيقظ المريض من نومه في حالة هلع ويشعر بدنو أجله، وتظهر عليه أعراض مثل نوبة الهلع، وصعوبة التنفس، وخفقان سريع للقلب...إلخ (**عبد ÛÎl 2001Û ţ 288**).

نستخلص مما تقدم أن القلق المرضي هو حالة من التوتر الدائم المستمر يلازم الفرد سببه غير معروف وغير ظاهر، وتصاحبه إحساسات جسمية، وقد يكون قلق مزمن أو يظهر على شكل نوبة حادة وهذا النوع من القلق يجعل الفرد مضطربا.

4-4 أعراض القلق

يستجيب الجسم للقلق بإستجابات عدة أهمها زيادة تنبيه الجهاز العصبي اللاإرادي وخاصة السمبتاوي منه، فينهض الجسم لمـواجهة التهديد غير المعلوم فتصبح العضـلات متوترة ويسرع التنفس وتزداد ضربات القلب، ومن هنا نقول بوجود تغيرات نفسية وعضوية في القلق هي بمثابة أعراض ولامات له أهمها ما يلي:

* الأعراض الجسدية:

هي أعراض جد متنوعة وترجع كلها لفرط وظيفي للجهاز العصبي المستقل وتتضمن وجود الخفقة (إسراع القلب)، وإضطربات طفيفة للإيقاع القلبي، وآلام في المنطقة الواقعة أمام القلب وتغيرات مرنة للضغط الدموي وذلك على المستوى القلبي– الوعائي، أما على المستوى التنفسي فتتجلى هذا الأعـراض بالإحساس بضيق تنفسي طفيف إلى إحساسات أكثر شدة بالإختناق (سرعة التنفس، وضيق التنفس). أما على المستوى الهضمي تظهر الأعراض من خلال الشعور بغصة في الحلق وصعوبة في البلع وسوء الهضم وأحيانا الغثيان والقيء أو الإسهال أو الإمساك، وأحيانا أخرى آلام ومغص شديد وإنتفاخات بطنية. بينما على المستوى التناسلي- البولي فتأخذ شكل البوال (كثرة التبول) والإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة أو العكس إحتباس البول رغم الرغبة الشديدة في التبول، أما الصعوبات الجنسية نميز منها العجز الجنسي أو القذف المبكر عند الرجل والبرود الجنسي عند المرأة **(Besançon , 1993)**.

بالإضافة إلى أعراض عصبية– عضلية تتمثل في توتر عضلي يكون في بعض الأحيان مؤلما وبالأخص آلام الرأس الخلفية الناتجة عن التوتر، والإرتعا ţ ، والرجفة، وتشو ţ الحس وطنين الأذن. أما على المستوى العصبي– الحركي فتظهر أعراض كفرط التعرق الذي قد يكون في بعض الأحيان شديد، والشحوب، وإرتجاف الأطراف، والشعور بالدوار والصداع **(Besançon , 1993)**.

* الأعراض النفسية:

وتشمل مجموعة من الإستجابات منها عدم القدرة على التركيز، وسرعة النسيان والشرود، والتردد، وصعوبة إتخاذ القرارات، وتزاحم الأفكار المزعجة، وحساسية إتجاا بعض المثيرات، والنرفزة، وعدم الإستقرار، وتوقع الشر والمصائب، والشعور بالعجز، والشعور بالعزلة والإنفراد والضيق، وسوء الظن والتشاؤم أحيانا وإضطراب في المحاكاة **(عبد lŶÛ ţ 176)**.

في هذا السياق، يشير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للإضطرابات النفسية " **DSM IV** " **(1994)** نقلا عن **(عبد lŶÛ ţ 176)** بأنه يجب توافر ثلاثة أعراض على الأقل من الأعراض الست التالية لكي نشخص الحالة على أنها حالة قلق عام، هذا الأعراض هي:

- العصبية والنرفزة.
- الإحساس بزيادة التوتر والغليان.
- ضعف التركيز وضعف الذاكرة أو الشعور بالتخدير العقلي.
- صعوبة الدخول في النوم (أرق)، ونوم متقطع وأحلام مزعجة.
- توتر و آلام العضلات (صداع، وشد على الأسنان).
- سرعة التعب والإرهاق.

5-4 القلق والاضطرابات السيكوسوماتية

مع إزدياد سرعة نمط الحياة الحديثة وتعقدها وزيادة حدة المنافسة والصراع تزداد الأمراض السيكوسوماتية حدة وإنتشارا بحيث أصبحت أمراض العصر، تلك الأمراض التي ترجع لأسباب نفسية أو أزمات إجتماعية وتوترات وصراعات وإنفعالات وحرمان وقسوة، بينما تتخذ أعرضها شكلا جسميا. وتأتي هذه المجموعة من الأمراض كدليل قاطع على وجود علاقة التفاعل بين الجسم والنفس وحدوث التأثير المتبادل بينهما، ومن هذه الأمراض ذات النشأة النفسية الربو وقرحة المعدة والقولون، وفقدان الشهية وضغط الدم ومرض السكري...إلخ، لذلك يحتاج إنسان العصر أن يدرب نفسه على الإسترخاء والهدوء والبعد عن الإنفعالات الحادة **(نقلا عن العيسوي، 2000، ص 12).**

ويعتبر الإنفعال حلقة الوصول بين المجالين النفسي والجسماني خاصة القلق (كعرض ومرض) فكثير ما يوجد حائل دون التعبير عن القلق فيتحول التفريغ من الجهاز العصبي المركزي إلى الجهاز العصبي المستقل، فتتم تغيرات مرضية في الأحشاء وفي الأوعية، ومهما كانت العملية في البداية فإنه من المسلم به أن التكرار أو الإستمرار يؤدي إلى تغير الوظيفة، وبالتالي قد يؤدي إلى تغير في الأنسجة (**نقلا عن العيسوي، 2000، ص 153**). فالقلق حسب "**عويضة**" **(1996، ص 25)** حالة نفسية من التوتر الإنفعالي يصاحبها إضطرابات فزيولوجية مختلفة تحدث حينما يشعر الفرد بوجود خطر يتهدده، لذلك فهو مؤلم ومزعج ويضغط داخليا على الفرد. وتزداد حدة الشعور بالقلق في هذا العصر، إلى الحد الذي جعل العصر كله يوصف بأنه عصر القلق والتوتر والصراع والأزمات والمشكلات والمعاناة النفسية، ويصاحب الشعور بالقلق أعراض جسمية ونفسية منها قلة الشعور بالهدوء والراحة، وكثرة الحركة، وقلة النوم، والثورة والتهيج، والشعوربالتعب...إلخ، فالقلق حالة عامة تصيب الجسم كله وخاصة إذا كانت شديدة ومستمرة، وإذا إستمرت طويلا تصيب الفرد بالأمراض السيكوسوماتية وهي ترجع إلى أسباب نفسية كالضغوط النفسية والقلق لتتخذ أعراضها شكلا جسميا، لذلك فالقلق المرضي الشديد، والضار والمستمر قد يرتبط بأنواع مختلفة من الأمراض النفسية الجسدية **(العيسوي، 2000، ص 341 – 342).**

في سياق آخر، أشار " **Besançon** " **(1993)** أنه يمكن لكل مرض سواء كان خطيرا أو هين أن يحدث إضطرابات القلق، وكثيرا ما يصاحب القلق بعض الإصابات العضوية مثل أمراض الجهاز العصبي المركزي وأمراض الغدد الصماء كفرط نشاط الغدة الدرقية ومرض السكري، ويلاحظ القلق أيضا في الإضطرابات النفسية الجسدية كالربو، وقرحة المعدة أو الإكزيما، وفي مثل هذه الإصابات يظهر أن القلق من محدداتها وأسبابها على الأقل في جزء منها. وسنعرض فيما يلي بعض الأمراض السيكوسوماتية المرتبطة بالقلق.

* القلق والربو:

غالبا ما يصاحب القلق أمراض ضيق التنفس وبالأخص الربو، ومن المؤكد أن للقلق دور مساعد في هذا المرض حيث تؤدي أعراض القلق التي تصاحب النوبة الربوية على تفاقم الحالة لذلك يبدو من المهم علاج هذين الإضطرابين معا **(Lepine & Chignon , 1994)**. في هذا السياق، أظهرت العديد من الدراسات منها "**Thompson**" وآخرون **(1985)**، و"**Steptoe** و**olmes** **(1985)** و"**Hirbbert**" وآخرون **(1988)** و"**Yellowlees** "وآخرون **(1989)** نقلا عن **(Yellowlees & Kalucy, 1990)** مدى إنتشار إضطرابات القلق لدى مرضى الربو مقارنة بالمجتمع العام. كما أسفرت بحوث أخرى أن هناك عوامل بيولوجية، ونفسية وإجتماعية تجعل من الربو في حد ذاته إضطراب مثير للقلق، ويمكن لمجرد الإصابة بالربو أن تولد لدى المرضى قابلية مرتفعة لتطوير إضطرا بات القلق. وفيما يخص بالبحوث التي إهتمت بالجوانب النفسية البيولوجية للربو منها دراسات **Strunk** وآخرون **(1985)**، و"**Baron**" وآخرون **(1986)** و" **Dudley**" و"**Sitzman** "**(1988)** نقلا عن **(Yellowlees & Kalucy, 1990)** فقد بينت بوضوح دور العوامل الإنفعالية في الربو بالإضافة إلى تأثيرها الدال في علاج هذا المرض.

إن الظهور المتزامن والنسبي لإضطرابات القلق لدى الربويين، كثيرا ما دعمت هذا الملاحظة من خلال أثر الإيحاء على النوبات الربوية مما يوضح وجود إرتباط بين المزاج والوظيفة التنفسية. ويضيف " **Yellowlees**" وآخرون **(1988)** أن هناك إنتشار لإضطرا بات القلق والاكتئاب لدى مرضى الإنسداد المزمن للمسالك التنفسية وبالأخص الربو، نظرا لخوف هؤلاء المرضى من تعرضهم للإختناق وضيق التنفس خاصة عند تواجدهم في مكان ما بمفردهم ودون جهاز توسيع الشعب الهوائية، أو عندما يبدو لهم الجهاز غير مجد لحالتهم. ويشير" **Blamoutier** " في كتابه " أمراض الحساسية " **(1982)** بأنه من الواضح أن العامل النفسي يمثل عامل تفاقم حالة الحساسية، وغالبا ما يظهر القلق والإكتئاب السبب المباشر المفجر لنوبات الحساسية والربو أو يعمل على تفاقمها، وعليه يجب تطبيق علاج نفسي موجه وإستعمال مسكنات القلق ومضادات الإكتئاب بهدف التخفيف من الحالة. كما إهتم " **Strauss**" نقلا عن **أبو النيل** **(1984)** بدراسة العامل السببي في ربو الطفل، فوجد أن نسبة كبيرة منهم لديهم قلق وعدم الشعور بالأمن، ويعكس ذلك غالبا ما لدى الوالدين من قلق أو عدم الشعور بالأمن.

* القلق وداء السكري:

يعتبر مرض السكري أحد الأمراض السيكوسوماتية كثيرة الإنتشار ويزداد تواترا مع تعقد الحضارة المعاصرة، وهو مرض طويل الأمد يصاحب الإنسان طوال حياته كلها إلى جانب خطورة مضاعفاته التي قد تؤدي بالمريض للعمى والفشل الكلوي وأمراض القلب، كـما أن الإحساس بمضاعفات

هذا المرض لها جانبها السيكولوجي المتمثل في شعور المريض بالخوف والقلق على حياته وعلى صحته، وتبين أن الضغوط النفسية والعاطفية تعد عاملا هاما في نشوء المرض **(نقلا عن العيسوي، 2000، ص 261، 266).** فالضغوط المستمرة الطويلة والشعور بالقلق المستمر المتواصل يؤدي إلى الأمراض السيكوسوماتية حيث يضطرب التمثيل الغذائي للجلوكوز، ويرتفع مستواها في البول والدم نتيجة القلق والتوتر والضغط الإنفعالي **(نقلا عن الزراد، 1984، ص 172).** ففي حالة الضغط والقلق يتم إثارة أجهزة الجسم المختلفة للمواجهة، فيزداد إفراز بعض الغدد لأدرينالين التي تنشط الكبد لإفراز الجلوكوز لتزويد عضلات الجسم بالطاقة وقد يتسبب هذا الموقف في ظهور بعض الأمراض مثل ضغط الدم ومرض السكري. في هذا السياق، أوضح "**Cannon** " نقلا عن **عويضة (1996، ص 152)** بأن المواقف الإنفعالية مثل الخوف والقلق من العوامل التي تسبب مرض السكري، وربما يكون الميكانيزم الذي يسبب هذا المرض هو التعرض المستمر للمواقف الإنفعالية مع الإستجابة الإنفعالية المتضمنة تنشيط الغدة الأدرينالية، وتبقى هرمونات الضغط تصب بإستمرار في المجاري الدموية مما ينتج عنه إرتفاع السكر في الدم والإصابة بمرض السكري.

6-4 القلق والاضطراب النفسي

لا يقف الإهتمام بالقلق عن كونه ظاهرة نفسية فحسب بل لأنه يدخل في معظم الإضطرابات النفسية، وذلك لأنه يظهر في الحالة الأولى لمواجهة موقف يهدد ذات الشخص، فيثير طاقة الشخص للدفاع عن ذاته من أجل سلامتها والمحافظة عليها، وحين تفشل ميكانيزمات الدفاع في وظيفتها تزداد حالة القلق وبدلا من أن تنتهي عملية الدفاع بالسلامة تظهر النتيجة في صورة إضطرابات في البناء النفسي. والقلق إنفعال مركب من الخوف وتوقع التهديد والخطر مما يثير حالة من التوتر الشامل المستمر، و يعتبر القلق عارضا لبعضالإضطرابات النفسية، إلا أنه قد تغلب حالة القلق لتكون هي نفسها إضطرابا نفسيا مثل عصاب القلق (**عويضة، 1996، ص 25، 110).**

وترى المدرسة السلوكية أن العصاب ما هو إلا عادات سلوكية خاطئة تم تعلمها نتيجة للتعزيز، لأنها أنماط من السلوك نجحت أكثر من غيرها في خفض التوتر وإزالة القلق لدى الفرد، ومن ثم يعود الفرد إلى تكرارها في مواقف التوتر والقلق، وتتسم مثل هذه الشخصية بمجموعة من الخصائص أهمها عدم تحمل الضغوط وسرعة الإستثارة والقلق والخوف وما يصاحبها من أعراض نفسية- جسمية كإضطراب الهضم وفقدان الشهية، وعدم الرضا والشعور بضعف الثقة في الذات والحساسية، وإلقاء اللوم على الآخرين أو على الحظ في مواقف الفشل والإحباط **(الداهري، 1999، ص 74-75).** وسنعرض فيما يلي بعض الإضطرابات النفسية المرتبطة بالقلق.

* القلق والاكتئاب العصابي:

الإكتئاب العصابي هو حالة من الحزن الشديد يعيش فيها الفرد، والوظيفة التوافقية لهذا النوع من الإكتئاب هي تهدئة مشاعر القلق وإخفاء العدوان وكبته ولفت الإنتباه**(الداهري، 1999، ص 88)**. ويرى " **Strongmaux"(1996)** نقلا عن **فايد(العدوان والاكتئاب،2001، ص 65)** أن القلق هو الإستجابة المبدئية لموقف ضاغط، وإذا حدث وأن تعقد الموقف لدرجة لا يمكن التحكم فيه، فإن القلق يتم إستبداله بالإكتئاب.

* القلق وإدمان المخدرات:

قام " **Cockett**" نقلا عن **سويح**(**2001، ص 90**) بدراسة لسمات الشخصية التي تميز لمدمنين الشباب، وإنتهي إلى القول أن هناك بعض العناصر في الشخصية تدخل في باب الإستعداد للتعاطي منها ضعف الإرادة، والقلق والإكتئاب. وفي دراسة أخرى إعتمدت على تطبيق إختبار كاتل لقياس 16 عامل من عوامل الشخصية أظهرت أن مدمني الأفيون يتميزون بكونهم أكثر خوفا وتهيبا وقلقا وأكثر شعورا بالإضطهاد **(العسيوي، 1999، ص 377).** ومن الأسباب النفسية لتعاطي المخدرات، المشاعر السلبية التي يشعر بها المتعاطي منها مشاعر القلق والتوتر والخوف والضعف، وكلها تدفع بالفرد إلى إستجابة إنسحابية للهروب من هذه المشاعر عن طريق تعاطي المخدرات **(نقلا عن باري، 1999، ص 49).** ويشير " **Stolerman** " **(1991)** نقلا عن **فايد (العدوان والاكتئاب، 2001، ص 56)** بأن الفرد الذي يشعر بالقلق والتوتر ويتعاطي الكحول أو المخدر يشعر بالهدوء والسكينة، ويعتبر إحساسه هذا دعما لتناول هذه المواد في المرات التالية.

وتفسير ذلك، يرى السلوكيون بأن سلوك الإدمان على الخمر أو العقاقير من خلال نظرية التعلم هو سلوك متعلم فالشخص الذي يعاني القلق يتعاطي خمرا أو مخدرا فيشعر بالهدوء والراحة، ويعتبر هذا الإحساس بمثابة تعزيز إيجابي لتناول المخدر في مراحل لاحقة، وبتكرار التعاطي يتعلم الشخص تناول العقار لتخفيف آثار المنع التي تحدث من إنقطاعه عن المخدر، وعليه يحدث الإدمان وفقا للسلوكيين نتيجة لإرتباط تعاطي المخدر بتعزيزات إيجابية متمثلة فيما يحدثه من آثار مبهجة، وإنهاؤه لحالات متفاوتة من الضيق واليأس والقلق، ويكون القضاء عليها بمثابة مكافأة **(عبد المنعم، 1998، ص 81-82).** بينما تشير نظرية خفض التوتر **(Tension –Reduction Theory)** إلى أن الناس يشربون الكحول والمخدر من أجل خواصه التي تخفض التوتر، وهنا يشير إلى حالات إنفعالية سلبية متنوعة والتي تكون بمثابة مصادر مثيرة للدافعية لتعاطي الكحول أو المخدر مثل القلق، والخوف والإكتئاب**(نقلا عن فايد، العدوان والاكتئاب، 2001، ص 56)**. ويوضح " **الشناوي**" و"**عبد الرحمن"(1998، ص 442)** بأن المخدرات تخفض التوتر الذي يشتمل على الخوف والقلق والصراع والإحباط، وإن المخدرات تستخدم لخصائصها المخفضة للتوتر.

4-7 التناول المعرفي للقلق

يفسر كل من " **Beck** " و" **Ruch** " **(1979)** نقلا عن **(Cottraux.EMC ,1990)** الإضطرابات النفسية المرضية وبالأخص الإكتئاب والقلق إلى وجود إضطرابات في معالجة المعلومات، التي بدورها ترتبط بمخططات معرفية مضطربة. كما أظهرت عدة دراسات أخرى منها أعمال " **Beck**" و**Emery (1985)** و**Durham** و**Turvey (1987)** و**Cottraux** و**Mollard(1988)** نقلا عن **(Cottraux.EMC ,1990)** فعالية العلاج المعرفي في إضطرابات القلق.

في هذا الصدد، أوضحت دراسة " **Beck** " و" **Emery** " **(1985)** نقلا عن **(Cottraux, 1990)** أن هناك محتوى تفكير خاص لدى الأفراد المصابين بهجمات الهلع أو حالات القلق العام، فالأشخاص القلقون يدركون البيئة وإحساساتهم الجسدية وفق عمليات معرفية خاطئة، وتتضمن إضطرابات التفكير أربعة أنواع من الأخطاء المعرفية وهي الإستنتاج العشوائي ويتمثل في وضع إستنتاجات دون توفر براهين، تعميم كل الوضعيات الممكنة إنطلاقا من تجربة فريدة، تعظيم المخاطر وتصغير الوضعيات الأمنية وأخيرا الذاتية وتفسير كل ما يحدث بتأثير فردي.

كما إستخلص كل من" **Beck** " و"**Emery** " نقلا عن **(Cottraux, 1990)** حوصلة لأهم الفرضيات المعرفية حول الخوف، والقلق المنتشر وهجمات الهلع في مايلي:

- المخططات المعرفية: وتتضمن إنتقاء المثيرات الداخلية والخارجية المرتبطة بالخطر، وهي مخططات مخزونة في الذاكرة طويلة المدى.
- الإضطرابات المعرفية: والتي تؤدي إلى معالجة خاطئة للمعلومات المرتبطة بالأمن والخطر من خلال تعظيم الخطر و تصغير الأمن.
- الحوادث المعرفية: وتتضمن المنولوجات الداخلية والصور الذهنية المرتبطة بتوقع الخطر مثل الخوف من الموت، والإصابة بالجنون أو فقدان ضبط الذات.

ويصر المعرفيون على وجود إضطرابات معالجة المعلومات لدى مرضى القلق والفوبيا وأنهم لم يكتسبوا إشارات الحماية والأمن، وإنما تعلموا بصفة مبكرة ما يسمي بالمخططات المعرفية للخطر **(Shemas cognitifs de Danger)** المخزونة في الذاكرة طويلة المدى، وتعمل هذا الأخيرة على إنتقاء بإنتظام من البيئة الخارجية المعلومات المرتبطة بالخطر فقط والإحتفاظ بها **(cottraux, 1990).**

نستخلص مما تقدم أن التناول المعرفي يفسر القلق بوجود إضطراب في معالجة المعلومات وفي المخططات المعرفية، فالشخص القلق يعظم الخطر ويصغر الأمن، وينتقي من البيئة الخارجية المعلومات المرتبطة بالخطر والتهديد مع إفتقار المعلومات المرتبطة بالأمن والحماية.

8-4 نظرية حالة وسمة القلق

تعتبر نظرية " **Spielberger** " نقلا عن **عثمان (2001Û ţ 99)** في القلق مقدمة ضرورية لفهم الضغوط عندزا، فقد أقام نظريته في القلق على أساس التمييز بين القلق كسمة والقلق كحالة، ويقول أن للقلق شقين سمة القلق أو القلق العصابي أو المزمن، وهو إستعداد طبيعي أو إتجازا يجعل القلق يعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية، وقلق الحالة وهو قلق موضوعي أو موقفي يعتمد على الظروف الضاغطة، فالقلق عند "**Spielberger**" عملية إنفعالية تشير إلى تتابع الإستجابة المعرفية السلوكية التي تحدث كرد فعل لشكل ما من الضغوط. وسيتم فيما يلي التمييز بين حالة وسمة القلق.

* حالة القلق (State Anxiety):

حالة القلق هي القلق بوصفه حالة إنفعالية غير سارة تتميز بمشاعر ذاتية من التوتر والخشية والكدر وإثارة الجهاز العصبي المستقل، وتحدث حالة القلق عندما يدرك الشخص منبها معينا أوموقفا على أنه يمكن أن يحدث الأذى والخطر والتهديد له، وتختلف حالة القلق في الشدة وتتغير عبر الزمن بوصفها دالة لكمية المشقة أو الضغط والشدة النفسية التي تقع على الفرد وتضغط عليه**(نقلا عن عبد اŶÛ ţ 172).** ويضيف " **Spielberger** " بأن حالة القلق تشير إلى ظرف أو حالة إنفعالية ذاتية موقفية ومؤقتة أقرب ما تكون إلى حالة الخوف الطبيعي، ويشعر بها كل الناس في مواقف التهديد مما يؤدي إلى تنشيط جهازهم العصبي المستقل، ويهيئهم لمواجهة مصدر التهديد، وتختلف شدة الحالة تبعا لما يستشعرزا كل فرد من درجة خطورة في الموقف الذي يواجهه، كما تزول بزوال مصدر الخطورة أو التهديد، وتتغير حالة القلق في شدتها وتتذبذب عبر الزمن تبعا للموقف المهدد للفرد **(نقلا عن عثمانÛ ţ 25).** وعليه تعرف حالة القلق بأنها حالة إنفعالية مؤقتة، يشعر بها الإنسان عند إدراكه لموقف يهدد ذاته، وتتسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر والعصبية والإنزعاج.

* سمة القلق (Trait Anxiety):

القلق بإعتبارزا سمة يدل على الفروق الفردية الثابتة نسبيا في الإستهداف للقلق بوصفه سمة في الشخصية، ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك، ولكن يمكن إستنتاجها من تكرار إرتفاع حالة القلق لدى الفرد عبر الزمن وشدة هذزا الحالة **(نقلا عن عبد اŶÛ ţ 173).** ويضيف " **Spielbeger**" نقلا عن **عثمان (2001Û ţ 26)** أن سمة القلق تشير إلى الإختلافات بين الناس في ميلهم إلى الإستجابة تجازا المواقف التي تدرك كمواقف مهددة، ذلك بإرتفاع شدة القلق، وسمة القلق تتأثر بالمواقف بدرجات متفاوتة، حيث أنها تنشط بواسطة الضغوط الخارجية التي تكون مصحوبة بمواقف خطرة محدودة. فهناك فروق فردية بين الناس في تهيئهم لإدراك العالم بطريقة معينة بإعتبارزا مصدرا للتهديد والخطر، وفي ميلهم إلى

الإستجابة للأشياء بأسلوب خاص يمكن التنبؤ به، ويتميز ذووا الدرجة المرتفعة في سمة القلق (كالعصابيين) بميلهم إلى إدراك العالم بإعتبارا خطرا يهدد حياتهم، وذلك على العكس من الأفراد ذووا الدرجات المنخفضة في هذا السمة **(عبد الخالق، 1998، ص 30-35)**. وهكذا فالأشخاص ذوو الدرجة المرتفعة في سمة القلق قابلون لادراك العالم على أنه خطر ومهدد أكثر من ذوي الدرجة المنخفضة في سمة القلق، والذين يتميزون بدرجة عالية في هذا السمة هم أكثر تأثيرا بالمواقف العصبية الضاغطة وأكثر تعرضا للشدات النفسية والقلق من الأشخاص الذين يتميزون بدرجة منخفضة منها **(عبد Ŷ، ص 137)**.

وتعرف سمة القلق في البحث الحالي بأنها حالة ثابتة نسبيا من التهيؤ للإستجابة للمثيرات والأحداث بطريقة يتضح فيها القلق، مع إدراك العالم المملوء بالمواقف المثيرة كشيء خطر أو مهدد، كما أنها تعني الميل إلى الإستجابة لمثل هذا التهديدات بالقلق. وتعرف إجرائيا بأنها مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد على بنود مقياس سمة القلق المستخدم في هذا البحث.

9-4 علاقة الضغط بالقلق كسمة من سمات الشخصية

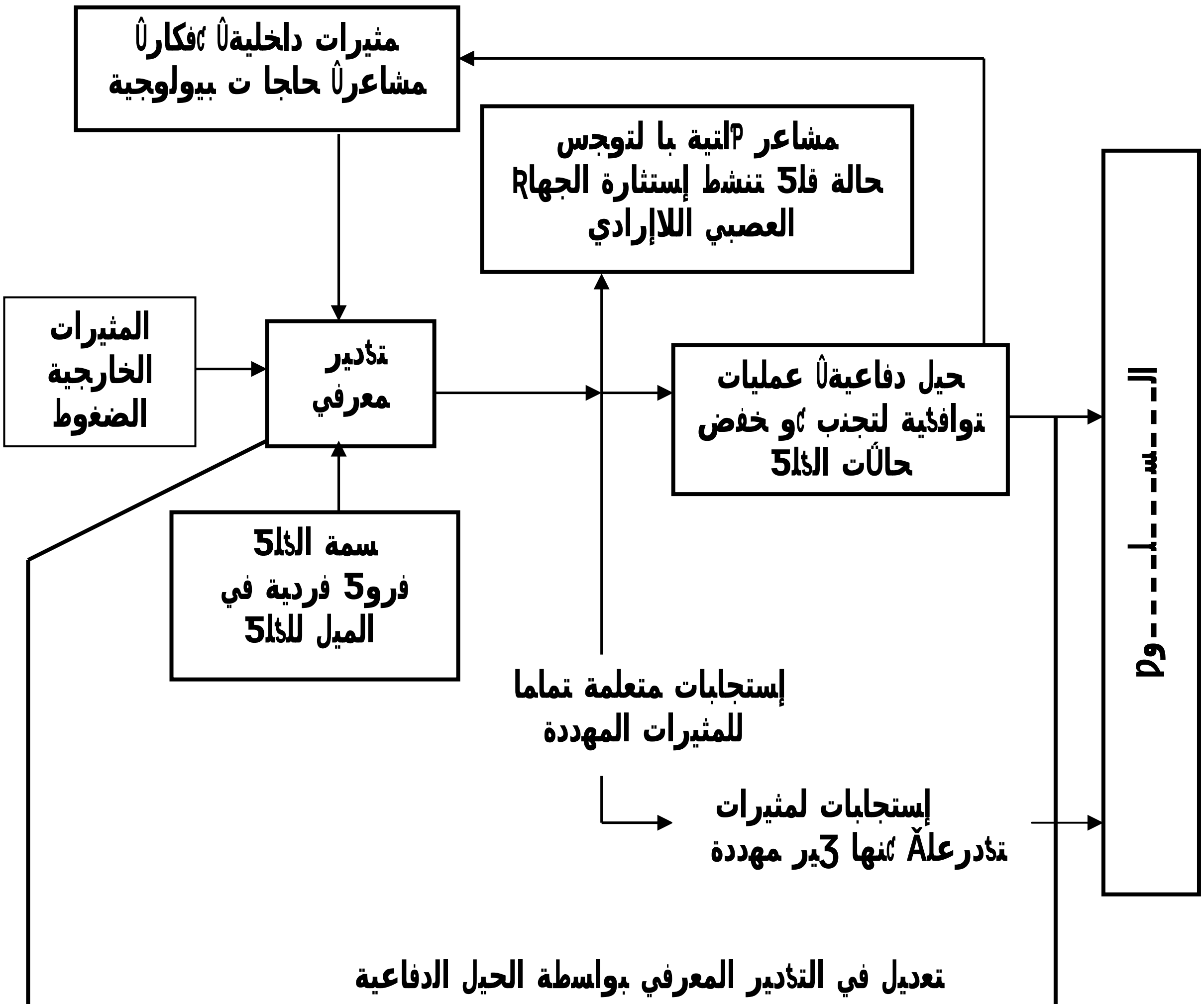
القلق كسمة مميزة من مميزات الشخصية، فهو إستعداد ثابت نسبيا وكامن في الفرد نتيجة خبرة متعلمة في مواقف مؤلمة سابقة، ويستثار هذا الإستعداد بمثيرات من داخل الفرد أو خارجه **(نقلا عن عبد الخالق، 1998، ص 35)**. وفي هذا الصدد، إهتم العمل التجريبي المتصل بمفهوم القلق كسمة من سمات الشخصية ببحث الفروق الفردية بين مجموعات الأشخاص الذين يفترض إختلافهم على أساس مستوى القلق، ففي دراسة قام بها "**Malmo**" نقلا عن **غالي وأبو علام (1973، ص 69)** بإختيار مجموعات من المرضى تتصف بمستويات عالية من القلق بشكل مزمن ومقارنتهم بمجموعة ضابطة من العاديين تحت ظروف يتعرضون فيها لضغوط وأخرى خالية منها، وقد إستنتج بإستخدام هذا الأسلوب أن مجموعات المرضى التي تتصف بمستويات عالية من القلق المزمن تظهر تباينا أكبر ونشاطا أعظم من الأفراد العاديين في كثيرا من المقاييس السلوكية والجسمية وذلك بغض النظر عن الموقف المشحون بالضغوط. كما بحثت سمة القلق في دراسات عن بعض الأفراد الذين يختلفون في مستوى القلق، وقد إختير هؤلاء على أساس إرتفاع أو إنخفاض دراجاتهم على مقياس القلق لـ" **Taylor** " ثم قورن أداء الأفراد ذوي القلق العالي بالأفراد ذوي القلق المنخفض في مجموعة من أعمال التعلم المحددة، أسفرت النتائج أن الأشخاص ذوي الدرجات العالية في القلق يستجبون بمستوى أعلى من القلق في المواقف التي تتميز بالضغوط لا في المواقف التي ليس بها ضغوط **(غالي وأبو علام، ص 70)**.

وتشير نتائج الدراسات المختلفة إلى أن مثل هذا المقاييس لسمة القلق تعكس الميل للقلق، أي الفروق الفردية في إحتمال أن حالات القلق سوف تظهر في المواقف الضاغطة، وبذلك فلو حصل فرد ما على درجة عالية في القلق، فإنه ينزع بوجه عام إلى الإستجابة بالقلق للمواقف الضاغطة أكثر من غيرا مـن

الناس، ويتوقف ذلك على مدى تفسيرا للموقف الحاضر إذا كان موقفا خطيرا مهددا أم لا، لذلك نجد أن الأشخاص الذين يتميزون بدرجةعالية من سمة القلق (مثل ذو القلق العصابي) يتميزون بحالة من القلق معظم الوقت، وعليه فإن سمة القلق تعني النظرة إلى العالم المليء بالعديد من المواقف المثيرة التي تدرك كشيء خطر أو مهدد، كما أنها تعني الميل إلى الإستجابة لمثل هذا التهديدات بحالة من القلق **(غالي وأبو علام، 1973، ص 71).**

يمكن القول أن حالات القلق تتصف بأنها حالات شعورية ذاتية من التوجس والتوتر مصحوبة أو مرتبطة بإستثارة الجهاز العصبي اللاإرادي، أما القلق كسمة للشخصية فهو يعني دافعا أو إتجاها سلوكيا مكتسبا يدفع الفرد إلى إدراك ظروف غير خطرة موضوعيا كشيئ مهدد، والإستجابة لهذا الظروف بقلق لا يتناسب في حدوثه مع حجم الخطر الموضوعي **(غالي وأبو علام، ص 71).**

والمخطط التوضيحي التالي يوضح علاقة الضغط بالقلق كسمة وحالة حسب " **Spielberger** "



شكل رقم(20): علاقة الضغط بالقلق حالة وسمة والتقدير المعرفي

تتضمن إثارة حالة القلق سلسلة من الأحداث المتتابعة زمنيا يمكن أن تبدأ بمثير خارجي، أو بمثير داخلي (كفكرة مرتبطة بشعور الغضب)، وإذا قدر الموقف المثير من الناحية المعرفية أنه خطر مهدد، فإن حالة القلق تفيد كإشارة تبدأ لها سلسلة من السلوك لتجنب الموقف الخطر أو معالجته مباشرة، وقد تنشط حالة القلق العمليات الدفاعية المعرفية والحركية التي كان لها فاعليتها في الماضي في خفض حالات القلق وذلك بتعديل التقدير المعرفي للموقف الخطر **(نقلا عن غالي وأبو علام، ص 72-73).**

ومن المسلم أن سمة القلق تعكس بقايا خبرات ماضية تحدد بشكل ما الفروق الفردية في الميل للقلق، أي في الإتجاه لرؤية بعض أنماط المواقف كشيء خطر والإستجابة لها بحالة قلق. ويرى " **Atkinson**" نقلا عن **(غالي وأبو علام، ص 74)** أن سمة القلق تتضمن دافع الخوف من الفشل.

4-10 علاقة القلق حالة والقلق سمة بالمواقف المختلفة

من المتوقع من الأفراد الذين لديهم سمة قلق عالية أن يظهروا إرتفاعا في حالة القلق أكثر من قرنائهم الذين لديهم سمة قلق منخفضة وذلك لتأثرهم بالمواقف المثيرة كشيء خطر أو مهدد. ففي دراسة قام بها "**Allen** " **(1970)** لتوضيح تأثير بعض المواقف على حالة وسمة القلق وجد أن إرتفاع في درجات حالة القلق عند الطلبة قبل إمتحان نهاية السنة وإنخفاضه بعدها، بينما لا يوجد تغير في مستوى سمة القلق في المواقف قبل وبعد الإمتحان. كما أشارت كثير من الدراسات مثل أعمال " **Delong** " **(1970)،** و" **Spielberger** " وآخرون **(1973)** إلى زيادة مستوى حالة القلق قبل إجراء العمليات الجراحية وإنخفاضه بعدها بينما لم يحدث تغير في مستوى سمة القلق. أما دراسة " **عبد الرقيب أحمد** " **(1982)** أظهرت أن حالة القلق ترتفع عند الأطفال ذوي سمة القلق المرتفعة أكثر منها عند الأطفال ذوى سمة القلق المنخفضة قبل إجراء العمليات الجراحية **(نقلا عن البحيري، 1984، ص 12- 13).**

وفي دراسات "**Hodges** " **(1967)**، و"**Lamb** "**(1969)** و" **Fellirg** " **(1970)** التي أجريت لدراسة حالة القلق تحت ظروف ضاغطة مختلفة، وجد أن درجات حالة القلق ترتفع لدى الأفراد ذوي سمة القلق العالية مقارنة بالأشخاص ذوي سمة القلق المنخفضة، وذلك في موقف التهديد بالفشل أو تهديد الأنا، في حين لا توجد فروق دال في حالة القلق لدى الأفراد ذوي سمة القلق المنخفضة والمرتفعة في مواقف التهديد بالصدمة أو التهديد الجسماني. وعليه، تشير سمة القلق إلى الإختلافات بين الأفراد فيإستعدادهم للإستجابة للمواقف الضاغطة بمستويات مختلفة من حالة القلق **(نقلا عن البحيري، 1984، ص 12- 13).**
كما أوضحت دراسة " **Levenstein** " وآخرون **(1993، ص 24)** وجود إرتباط قوي بين مقياس إدراك الضغط ومقياس القلق سمة (**0.69**)، وإرتباط ضعيف مع مقياس حالة القلق **(0.18).**

يتضح مما تقدم أهمية دراسة القلق كسمة من سمات الشخصية، ذلك أن العديد من الدراسات تؤكد بأن هناك إرتباط بين إدراك الضغوط النفسية ودرجة الشعور بسمة القلق، فالأفراد ذوي سمة القلق العالية لديهم إستعدادت للإستجابة للمواقف الضاغطة بمستويات مرتفة من القلق، غير أنه لا يمكننا التحدث عن شدة الضغوط المعاشة دون الحديث عن إستراتيجيات مواجهتها، ذلك أن الفرد لا يقف عاجزا أمام هذا الضغوط ولا يكون متلقيا سلبيا بل يحاول التكيف مع الموقف الضاغط، وهذا المحاولة إما أن تكون فاعلة وبالتالي تخفف من الآثار السلبية لهذا الضغط، وإما أن تكون غير فاعلة فتساهم في تفاقمه. ومن هنا لم يبقى الضغط النفسي موضوعا مستقلا وإنما تدخلت عوامل كثيرة لتؤدي دورا هاما منها خصائص وسمات الشخصية التي سبق ذكرها وإستراتيجيات المواجهة التي سنتعرض إليها بمزيد من التفصيل في المبحث الثاني لهذا الفصل.

تـ ـمـ ـهـ ـيـ ـد

أصبح مفهوم المواجهة (**Coping**) ذا إستعمال متزايد في مجال علم النفس والطب العقلي وبالأخص في الدراسات حول الضغط، ولا يمكن أن نتحدث عن الضغوط دون أن نتحدث عن أساليب مواجهتها، لأن فهم طبيعة وآثار الضغوط ترتبط دوما بفهم أساليب التغلب عليها، ولأن توفر وإستخدام آليات معينة للمواجهة تؤثر بشدة على إستجابتنا النفسية والفسيولوجية للضغوط، فأساليب المواجهة يمكن أن تعبر عن الكيفية التي نفكر بها في الأحداث والطريقة التي نستجيب بها للأحداث المسببة للتوتر وكل من الإستراتجيات السلوكية والمعرفية للمواجهة تكون فعالية في تعديل آثار التوتر. في هذا السياق، يرى "**Koutsoimou**" وزملاؤها **(1996)** أن خبرة الضغوط ليست هي العامل الحاسم في الإصابة بالحوادث وإنما الأهم هو كيف يواجه الفرد تلك الضغوط. ويضيف "**Atkinson** " وزملاءوها **(1990)** إن كل أشكال السلوك المضطرب هي نتيجة للمواجهة غير الناجحة**.**

إذا، تعتبر إستراتيجيات المواجهة من العوامل الوسيطة بين أثر الضغوط والنتيجة التكيفية للفرد، وبالتالي صحته النفسية والجسدية. وفي هذا الصدد، يصرθ كل من "**Lazarus**" و"**Folkman**" **(5 ţ Û1988)** أن الطريقة التي يواجه بها الأفراد الضغط هي التي تؤثر على صحتهم النفسية والجسدية، وليس الضغط بحد ذاته. وعلى هذا الأساس، تم الإهتمام بهذا المتغير في هذا البحث لكونه عامل وسيط وفعال لفهم العلاقة بين الضغط والمرض، ولذلك خصصنا له مبحثا تطرقنا فيه إلى تعريف إستراتيجيات المواجهة، وذكرأهم تصنيفاتها مع التركيز على تصنيف "**Folkman**" و"**Lazarus**"، وتقديم مختلف أساليب المواجهة المركزة على المشكل والمركزة على الإنفعال مع عرض أهم وظائف المواجهة ومميزاتها، كما تطرقنا إلى مختلف العوامل المؤثرة في إستجابات المواجهة من قابلية ضبط الحدث وسمات الشخصية، وعلاقة إستراتيجيات المواجهة بكل من الصحة النفسية وإضطراباتها.

1- مفهوم المواجهة

إن كلمة مواجهة "**Coping**" صعبة الترجمة لغويا وتعني "**To cope with** " و"**Faire avec** "، أي "التعامل مع"، وقد إقترحت عدة مفاهيم للدلالة عليها نذكر منها " إستراتيجيات التكيف"، و"ميكانزمات الدفاع" وكذلك "التسوية" **(Dantchev, 1989, P23)**. كما يترجم البعض الأخر هذا الكلمة **(coping)** بإستراتيجيات المواجهة، أوأساليب أو طرق المواجهة، وقد تشير إلى التوافق أو التعامل مع المشكلات، أو التغلب على الضغوط أو معايشة الضغوط **(يوسع Û2000 Û ţ 69).**

وتعرف في "**معجم علم النفس الكبير**" بأنها عملية نشطة يقيم الفرد من خلالها قدراته وإمكانياته على مجابهة الحياة، وبالخصوص مواجهة المواقف الضاغطة والنجاθ في التعامل معها وضبطها **(Bloch et al, 1997, P 176)**. ويشير لفظ المواجهة في "**المعجم الأساسي لعلم النفس**" لتلك الطريقة للتعامل مع وضعية ضاغطة والتحكم فيها وضبطها، وقد تكون عبارة عن إستجابة مباشرة كحذف مصدر التهديد والخطر، وقد تكون إستجابة مخففة كتقليص الإدراك الخاص بالخطر مثل نفي الوضعية واللجوء إلى الأدوية، فالمواجهة قبل كل شيء، هي ميكانزم من أصل نفسي ويؤثر على إستجابات الجهاز العصبي والغدّدي **(Bloch et al, 1993, P757).**

لقد شاع في التراث السيكولوجي عدة تعاريف للمواجهة، فيعرفها كل من **Lazarus** و**Launier** **(1978)** نقلا عن **(Coussongelie et al, 1998, P89)** بأنها مجموع المجهودات المعرفية والسلوكية الموجهة نحو إدارة وتسيير المتطالبات الخارجية و/أو الداخلية الخاصة، والتي يدركها الفرد بأنها مهدّدة وتتجاوز مواردا الشخصية. كما يعرفها " **Pearlin** " و" **Schooler** " **(1978)** بأنها تلك الأشياء التي يقوم بها الفرد لتجنب الشعور بالضيق والأذى تجاا ضغوط الحياة، ويجيزها "**Lazarus** " و"**Cohen**" **(1979)** بأنها تلك الجهود الموجهة لإدارة الضغط.

ويضيف كل من " **Moos** " و"**Cronkite** " **(1983)** نقلا عن **(Salomon et al, 1988, P279)** بأن المواجهة تتألف من المعارف والسلوكات التي يستعملها الفرد لتقييم وتقليص الضغط وتعديل أو خفض التوتر الذي يصاحبه، ويشاطرا كل من " **Singer**" و"**Baum**" **(1984)** نقلا عن **(Terry & Hynes, 1998, P1092)** بإعتبار المواجهة تلك الإستراتجيات التي يتخذها الفرد بهدف تقليص آثار الضغط. كما يرى "**Fleishman**" **(1984)** نقلا عن**(Valentiner et al, 1994, p 1094)** في تعريفه للمواجهة بأنها تلك المجهودات المعرفية والسلوكية المـوجهة نحو التحكم، وتقليص أو تحمل المتطلبات الـداخلية

والخارجية التي تهدد الفرد أو تتجاوز مواردا الشخصية، لذلك، فهي قد تشمل على نشاط ما أو عملية فكرية تهدف لتقليص أو التخلص من الضيق النفسي أو المواقف الضاغطة. ويضيف "Steptoe" **(1991)** نقلا عن (**Paulhan et al, 1994, p 293**) أن المواجهة تتضمن تلك الإستجابات التي يظهرها الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة، وقد تكون من طبيعة معرفية أو وجدانية (كتحويل وضعية خطرة إلى فرصة ذات نفع شخصي)، وقد تضم أشكالا من السلوك المباشر مثل مواجهة المشكل أو إتخاذ سلوك تجنبي. ومن أحدث التعاريف التي قدمها " **Lazarus** " **(1992)** نقلا عن (**Dupain, 1998 ,P133**) للمواجهة بأنها مجموع السيرورات التي يتوسطها الفرد بينه وبين الحدث المدرك كتهديد وذلك بهدف ضبط وتحمل أو تقليص آثارا على صحته.

وتعرف المواجهة في البحث الحالي بأنها مجموعة من المجهودات المعرفية والسلوكية التي يوظفها الفرد بهدف التعامل وإدارة الطلب الناتج من التفاعل فرد- بيئة، وذلك من خلال تقليص، وضبط، وتحمل، وخفض وإنقاص من الضيق النفسي والموقف الذي يقدرا الفرد بأنه ضاغط ومهدد ويتجاوز إمكانياته وقدراته الفردية، فالمواجهة هي إستجابة للضغوط الخارجية والداخلية بهدف تقليص آثارها على صحة الفرد النفسية والجسدية. وتعرف إجرائيا بأنها مجموعة درجات التي يحصل عليها الفرد على إستبيان إستراتيجيات المواجهة المستخدم في هذا البحث.

2- تصنيف إستراتيجيات المواجهة

إهتمت عدة دراسات بإستراتيجيات المواجهة وتمثلت منهجيتها بتطبيق مقابلات وإستبيانات بهدف حصر مختلف الطرق التي من خلالها يستجيب الأفراد لمختلف المواقف الحياتية بما فيها العائلية والإجتماعية والمهنية...الخ، ولقد تم التحقق من وجود تنوع كبير لإستراتيجيات المواجهة منها فردية وأخرى بيفردية أي مرتبطة بالعلاقة بين الأفراد **(Inter et Intra –Individuelle)** وبإستعمال التحليل العاملي لنتائج الدراسات التي أجريت على عينات كبيرة تم إقتراح عدة تصنيفات للمواجهة **(Pulhan et al, 1994, P293)**. وسنعرض لاحقا أهم هذا التصنيفات:

2- 1 تصنيف "Billings" و"Moss" (1981)

لقد حدد كل من "**Billings**" و"**Moos**" نقلا عن(**Holahan & Moos, 1987, P946**) ثلاثة أنواع لإستراتيجيات المواجهة وهي:

- **الاستراتيجيات السلوكية الفعالية (Active Bebavioral stratégies):** وتشمل مختلف المحاولات والمجهودات السلوكية الظاهرة للتعامل مباشرة مع المشكل.

- **الأستراتيجيات المعرفية الفعالة (Active Cognitive Stratégies):** وتتمثل في المجهودات المعرفية الموجهة لتقدير الحدث بأنه ضاغط.

- **الأستراتيجيات التجنبية (Avoidance Stratégies):** وتضم المجهودات والمحاولات لتجنب وتفادي مواجهة المشكل أو محاولة مواجهة المشكل بصفـة غير مباشرة وتقليص التوتر من خلال سلوكات مثل الأكل والتدخين بإفراط.

2-2 تصنيع " Suls " و" Fletcher " (1985)

توصلت أعمال كل من "Suls" و"Fletcher" نقلا عن (Paulhan et al, 1994, P 294) إلى تصنيفين أساسين للمواجهة وهما:

- **المواجهة التجنبية (Le coping évitant)**: وهي إستراتيجيات سلبية وإستسلامية مثل التجنب، والتهرب، والنفي والتقبل الطوعي.

- **المواجهة اليقظة (Le coping vigilant):** وهي إستراتيجيات نشطة منها البحث عن المعلومات، ومخططات حل المشكل والدعم الإجتماعي.

2- 3 تصنيع " Folkman " و"Lazarus" (1984)

حدد كل من "Folkman" و"Lazarus" (1984) نقلا عن (Seiffge-Krenke, 1994, P316) تصنيفين عريضين لمواجهة الضغط النفسي هما، المواجهة التي تركز على المشكل والمواجهة التي تركز على الإنفعال، وهذا بالإستناد إلى وظيفتين رئيسيتين لإستراتيجيات الإستجابة الضغط، وهي ضبط التوتر والضيق الإنفعالي أو تغيير المشكل الذي يسبب الإنزعاج والضيق. ويتضمن هذين الخيارين أغلب أساليب المواجهة التي يستخدمها الفرد أثناء تعرضه للموقف الضاغط، وسنعرضهما فيما يلي بمزيد من التفصيل لأنها تخدم البحث الحالي.

* المواجهة التي تركز على المشكل:

تشير إلى المجهودات لتغيير الظروف الضاغطة الناتجة عن التفاعل فرد- بيئة، يعني التركيز على المشكل، وحسب "Schafer" (1992) نقلا عن (Graziani et al, 1998, P101) فهي تشير لتلك الجهود التي يبذلها الفرد وهو يحاول التعامل الفعال مع عوامل الضغط النفسي، أو مع الموقف الضاغط مباشرة. ويضيف كل من "Cooper" و"Payne" نقلا عن (شريح، 2002، ص 72) بأن المواجهة المركزة على المشكل هي إستجابة سلوكية، ومعرفية لمواجهة الضغط النفسي عن طريق التعامل مع الوضع، إنها سلوكيات متخذة لتغيير الوضع. وهي حسب " Lazarus " (1993) محاولة أيضا للسيطرة بشكل مباشـر

على الموقف الضاغط عن طريق إستعمال الفرد مصادرها الذاتية في حل المشكلة ومواجهتها مباشرة، وإتخاذ الإجراءات التي تخفف من تأثير الأحداث الضاغطة، وتتضمن تحليل المشكلة، ووضع خطط أوبدائل حلول تؤدي إلى تغيير الموقف الضاغط بما يتناسب مع صحة الفرد النفسية والسلوكية، أي تعديل العلاقة المضطربة بين الفرد والمحيط.

تسعى المواجهة التي تركز على المشكل إلى تغيير الموقف مباشرة بغرض تعديل أو إستبعاد مصدر الضغط، وكذلك التعامل مع الآثار الملموسة للمشكلة **(نقلا عن عبد الرحمن، 2000، ص 314)**. لذلك، فهي مجهودات تهدف لإزالة الحدث المهدد أو تقليص تأثيراته **(Carver et al, 1994, P184)**. كما أن هذا النوع من الإستراتيجية موجه نحو تحديد المشكل وإيجاد حلول بديلة ودراسة فعالية وعواقب هذه الحلول الجديدة، ثم إختيار واحدة منها وتطبيقها، لذلك فهي تعمل مباشرة على تغيير المشكلة **(Lazarus & Folkman, 1984, P152)**. كما تؤدي مثل هذه الإستراتجيات إلى تغيير الحالة الإنفعالية بصفة غير مباشرة **(Dantchev, 1989, P25)**.

*** المواجهة التي تركز على الانفعال:**

تشير هذه المواجهة إلى الأفكار والأفعال التي تهدف إلى تقليص الأثر الإنفعالي للضغط **(Graziani et al, 1998 P101)**. فهي بذلك، تشير إلى المجهودات لتقليص الإنفعالات السلبية التي تنشأ كإستجابة للتهديد **(Carver et al, 1994, P184)**. وتعتمد المواجهة في هذه الحالة على الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم إنفعاله عن طريق ضبط أوتعديل الأهمية العاطفية للأحداث الضاغطة، أي التنظيم الإنفعالي المركز على التعامل مع الخوف، والغضب أو الشعور بالذنب وتتضمن المواجهة التي تركز على الإنفعال مواجهة سلوكية وإنفعالية، ومواجهة معرفية إنفعالية **(شريح، ص 68)**.

يمكن أن تأخذ الجهود الموجهة نحو ضبط الإستجابات الإنفعالية التي تولدها الوضعية الضاغطة عدة أشكال، إذا تؤثر مختلف نشاطات هذه المواجهة على الإنفعال بطرق مختلفة، فأول نشاط ممكن يتمثل في تغيير درجة الإنتباه، التجنب أو التهرب، أو تمني زوال مصدرالضيق والإنزعاج، فهي تعمل على تغيير إتجاه الإنتباه من مصدر الضغط محدثة بذلك راحة مؤقتة، ويظهر أن لهذه الميكانزمات التوافقية أثر مؤقت وأقل فعالية، أما الطريقة الأخرى التي من خلالها تؤثر المواجهة على الحالة الإنفعالية هو توظيف نشاط معرفي الذي يغير ويبدل المعنى الذاتي للتجربة مثل إعادة تقييم الوضعية، وتضخيم الجوانب الإيجابية للحدث، أوإعادة التقييم الإيجابي الذي يتضمن تحويل التهديد إلى تحدي، ويظهر أن مثل هذه النشاطات فعالة لتخفيف وتقليص المستوى الإنفعالي شرط أن لايتعدى الضغط عتبة معينة **(Dantchev, 1989, P25)**. إذا، تهدف هذه المواجهة إلى ضبط المشاعـر والإنفـعالات التي تستثيرها

الوضعية الضاغطة، مع الإحتفاظ بحالة من الإتزان الوجداني **(الرشيدي وآخرون، 2001، ص 147)**أي التعامل مع الإنفعالات الناتجة عن مصادر الضغوط وتقبل الفرد لمشاعرها وعادة مايكون هذا النوع من المواجهة مفيد في المواقف التي تتجاوز قدرة الفرد على ضبطها والتحكم فيها، ومن ثمة لا يمكن تغييرها من خلال أساليب مناسبة لحل المشكلة**(عبد الرحمن، 2000، ص 316)**.

3 – إستراتيجيات المواجهة التي ترتكز على المشكل و التي ترتكز على الإنفعال

إن المواجهة ليست مجرد إستجابة بسيطة للضغط، فهي تعتبر كإستراتيجية تهدف إلى تغيير سواء الوضعية المهددة الحقيقية أو التقدير الذاتي الذي يضعه الفرد، أو أخيرا تغيير الإنفعال والوجدان المصاحب لهذه الوضعية، وإن فعالية مثل هذه الإستراتيجية ترتبط في آن واحد بنوع الأسلوب المستعمل وبتنوع ذخيرة مواجهة الفرد **(Dantchev,1989, P 25)**. سيتم لاحقا عرض أنواع إستراتيجيات المواجهة سواء المركزة على المشكل أو على الإنفعال.

3- 1 إستراتيجيات المواجهة التي ترتكز على المشكل

تشمل مجهودات المواجهة المنشطة للتعامل مع المشكل مجموعة من الأساليب منها البحث عن المعلومات، ومخططات حل المشكل والتصدي، وسنعرضها فيما يلي بشيء من التفصيل.

* إستراتيجية البحث عن المعلومات:

يتوجه هذا الأسلوب من إستجابات المواجهة إلى السعي للحصول على معلومات متعلقة بالحدث الضاغط وعواقبه، وإلى البحث عن أساليب بديلة للعمل وإستبصار نتائجها المحتملة، وقد يبحث الفرد عن القواعد والإجراءات التي ينبغي إتخاذها والعمل بها، وقد يعمد البعض الآخر إلى أسلوب عقلي يتمثل في التحليل المنطقي لمجريات الأحداث لكي يستعيدوا إحساسهم بالضبط عن طريق تعلمهم المطالب التي ينبغي أن يقوموا بها **(الرشيدي وآخرون، 2001، ص 145)**.

* إستراتيجية التصدي:

تشير إلى المجهودات العدوانية لتغيير الوضعية، لذلك فهي تتضمن العدوانية المجازفة **(Folkman & lazarus, 1988, P11)**. كما تتضمن إستراتيجيات عدوانية تجاه الأشخاص المسؤولين عن المشكل **(Graziani et al, P 106)**.

* إستراتيجية مخططات حل المشكل:

تشير إلى مجهودات مدروسة ترتكز على المشكل بهدف تغيير الوضعية ويصاحبها تناول تحليلي لحل المشكل **(Folkman & lazarus, 1988, P11)**. وتتعلق بإستراتيجات البحث عن حلول، فالفرد يضاعف الجـ ـهود الضرورية حيث يضع مخططات عمل وتصرف لإيجاد الحلول، ويتقبل الحل الأفضل وفقا لما

يريدإ مع مواجهة أكبر وإكتشاف ما هو مهم في الحياة **(Graziani et al, 1998, P 105)**. ويمكن القول أن حل المشكلات هو عملية يحاول بها الشخص أن يخرج من مأزق أو موقف ضاغط، وهو نوع من السلوك المحكوم بقواعد يستحضر فيها الأشخاص معرفتهم السابقة **(الشناوي وعبد الرحمنÛ 1998Û ţ 229)**. ويضيف كل من "**Woodside**" و"**Mcclam** " نقلا عن **(الŘيات Û2001 Û ţ 182)** بأن حل المشكلة عملية عقلية معقدة ومركبة تتم على مراحل وتتضمن فهم المشكلة، ووضع الخطة، وتنفيذها، ثم فحص وتقويم الحلول، وتؤثر الخبرات الماضية في الحلول التالية للمشكلات. أما "**Nezu** " **(1987)** نقلا عن **(فايدÛ 2000Û ţ 272)** فهو يعتبر أن أسلوب حل المشكلات بأنه العملية المعرفية السلوكية التي يحدد الفرد بواسطتها إستراتيجيات وجدانية لمواجهة المشكلات التي تقابله في الحياة.

3- 2 إستراتيجيات المواجهة التي تركŘ علĂ الÛنفعال

إن الجهود الموجهة نحو ضبط الإستجابات الإنفعالية التي تولدها الوضعية الضاغطة قد تأخذ عدة أشكال، فقد إقترθ "**Lazarus**" و"**Folkman** " نقلا عن **(Stanton et a l, 1994, p350)** مجموعة من أساليب المواجهة الموجهة نحو تقليص الضيق الإنفعالي منها التجنب– التهرب، وإتخاذ مسافة، وتغيير المعنى المعرفي للحدث للجانب الإيجابي، وتحمل المسؤولية، وضبط الذات والدعم الإجتماعي. وسنعرضها فيما يلي بشيء من التفصيل.

* إستراتيجية التهرب- التجنب:

تشير هذإ الإستراتيجية للتفكير الخيالي والمجهودات السلوكية للتهرب من المشكل أو تجنبه **(Folkman& lazarus, 1988, p11)**. وتتضمن هذإ الأساليب إستراتيجيات تجنب الوضعية الضاغطة، فالفرد يتخيل نفسه في عالم أفضل أو مكان آخر، ويتمنى إمكانية تغيير ما يحدث، ويرجو أن تنتهي المواجهة الضاغطة سريعا، كما تتضمن إستراتيجيات التهرب من خلال النوم، والأكل، وتناول الكحول، والأدوية والمخدرات، فالتهرب والتجنب تسمح للفرد بالخروج من التفاعل الضاغط دون تغييرإ **(Graziani et al, 1998, p105, 106)**.

* إستراتيجية إتخاP مسافة:

تشير للمجهودات المعرفية لتحرير الذات، وذلك من خلال تصغير وتقليل معنى الوضعية الضاغطة وأهميتها **(Folkman & Lazarus, 1988, P11)**.

*** إستراتيجية ضبط الإنفعالات:**

تشير لمجهودات الضبط الذاتي للإنفعالات والتصرفات (Folkman et al, 1988, P11)، فهي ترتكز على التنظيم الوجداني، والجهود التي يبذلها الفرد لضبط الإنفعالات عند التعامل مع المواقف الضاغطة، وذلك من خلال تحمل الغموض والتناقض، وتحكم الفرد في مشاعره **(الرشيدي وآخرون، 2001، ص 147).**

*** إستراتيجية تحمل المسؤولية:**

تتضمن إستراتيجيات الوعي بالمسؤولية الشخصية في المشكل، ومحاولات للإستدراك (Graziani et al, 1998, P106). أي إعتراف الفرد بدوره في المشكلة وما يصاحب ذلك من محاولات من طرفه لجعل الأشياء صحيحة (Folkman& Lazarus, 1988, P11).

*** إستراتيجية إعادة التقدير الإيجابي:**

تشير للمجهودات المعرفية لتغيير المعنى الذاتي للتجربة من خلال إعادة تقييم الوضعية والإهتمام بالجوانب الإيجابية للحدث ووضع معنى إيجابي (Dantchev, 1989, P25).

- إستراتيجية الدعم والمساندة الإجتماعية:

يعرف " Sarason " وآخرون نقلا عن**(فايد، 2000، ص 238)** المساندة الإجتماعية بأنها تعبر عن مدى وجود أو توافر أشخاص يمكن للفرد أن يثق فيهم، ويعتقد أنهم في وسعهم أن يعتنوا به ويحبوه ويقفوا بجانبه عند الحاجة. ويشير "Lepore" (1994) نقلا عن**(فايد، 2000، ص 238)** إلى أن المساندة الإجتماعية هي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئية الإجتماعية للفرد التي يمكن إستخدامها للمساعدة في أوقات الضيق. ويتزود الفرد بالدعم الإجتماعي من خلال شبكة علاقاته الإجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم إتصال إجتماعي بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم في الغالب الأسرة، والأصدقاء وزملاء العمل.

في هذا السياق، يري بعض الباحثين "Haley" (1996) نقلا عن **(شريح، 2002، ص 70)** أن الدعم الإجتماعي هو شكل من أشكال المواجهة، تلك المواجهة الهادفة إلى تنظيم الإستجابات العاطفية، بل هو الجهد الذي يقوم به الناس للحصول على المساندة الإجتماعية للتخفيف من الوضع الضاغط ومن أثاره، فالبحث عن دعم إجتماعي يلعب دورا في التخفيف من الضغط النفسي عن طريق التواصل الإجتماعي الجيد والعلاقات الإجتماعية المرنة والحميمية.

ويضيف "Cohen" **(1997)** نقلا عن **(شريح، 2002، ص 71)** أن الفرد لن يرى الحدث ضارا أو ضاغطا إذا إعتقد أن شبكته الإجتماعية سوف تساعده لمواجهة هذا الحدث، ويتم الدعم والمساندة الإجتماعية عموما بثلاث طرق دعم إجتماعي مادي (وسيلي)، ويتمثل في المساعدات المادية والقروض، وذلك عندما تكون المشكلة الضاغطة تتعلق بالمال أو السكن كالتسريح المفاجئ من العمل، ودعم معلوماتي، ويتضمن إعطاء النصائح والآراء حول كيفية مواجهة الحدث، ويتم أحيانا عن طريق إعطاء الآخرين نتائج خبراتهم في المواقف المتشابهة لموقف الفرد، أو تزويد الفرد بالمعلومات الهامة التي يتوقع أن تساعده على التعامل مع المشكلة، ودعم عاطفي، ويقصد به التعاطف الذي يحصل عليه الفرد تجاه مشكلته من أفراد أسرته أو أصدقائه أو زملاء العمل. حيث يسهم هذا التعاطف ومشاركة الألم في التخفيف من الإحساس بالقلق أوالحزن. وقد كشفت الدراسات أن الدعم الوجداني أو التعاطف من الآخرين يلطف بشكل هام درجة رد فعل الفرد تجاه الضغط النفسي.

يتضح مما تقدم أن لمختلف إستراتيجيات المواجهة دور هام عند تعرض الفرد للمواقف والوضعيات الضاغطة، فهي قد تتعامل مع المشكل بحد ذاته، أو تتخذ أساليب أخرى تتعامل فيها مع الضيق الإنفعالي الناتج عن هذه المواقف، كما أنها قد تأخذ شكل مجهودات سلوكية، أو معرفية، أو إنفعالية.

4 - وظائف إستراتيجيات المواجهة

يشير "Mechanic " (1974) نقلا عن **(Lazarus & Folkman, 1984, P149)** بأن لإستراتيجيات المواجهة ثلاث وظائف وهي:

- التعامل مع المتطلبات الإجتماعية والبيئية.
- خلق الدافعية لمواجهة هذه المتطلبات.
- الإحتفاظ بحالة من التوازن النفسي بهدف توجيه الجهود والمهارات نحو المتطلبات الخارجية.

بينما يرى كل من "Pearlin" و"Schooler" **(1978)** نقلا عن **(Lazarus & Folkman, 1984)** بأن للمواجهة وظيفة وقائية تتجلى في المظاهر التالية:

- تغيير أو إزالة الظروف التي تثير المشكل.
- ضبط معنى التجربة المعاشة قبل أن تصبح وضعية ضاغطة.
- ضبط الضغط في حد ذاته بعد حدوثه.

كما تمثل المواجهة حسب "Lazarus" و"Folkman" **(1984)** سلوك موجه لتحقيق وظيفتين:

- توجيه الموارد الفردية نحو حل المشكل المولد للضغط.
- تقليص التوتر الناتج عن التهديد وخفض الضيق الإنفعالي.

وعليه، فالمواجهة تمثل عامل إستقرار بإمكانها مساعدة الأفراد للحفاظ على توافقهم النفسي والإجتماعي خلال فترات الضغط (Valentiner et al, 1994, P1094). ويضيف "Suls" و"Fletcher " (1985) نقلا عن (Legeron & Andre, 1993, P80) بأن المواجهة تهدف إلى تقليص إستجابة الضغط بالتأثير على الإستجابة الفيزيولوجية والإنفعالية (الإسترخاء) وعلى الإستجابات المعرفية (التفكير في شيء آخر)، وإلى ضبط الوضعية الضاغطة بوضع إجراء لحل المشكل كالبحث عن المعلومات. على العموم، يتفق أغلب الباحثين أن لإستراتيجيات المواجهة دور تكيفي ووقائي، فهي تعمل على تقليص آثار الضغوط على الفرد بهدف التوافق مع الوضعية المهددة أو تغييرها.

5- مميزات إستراتيجيات المواجهة

للمواجهة عدة مميزات وسيتم عرضها في النقاط الأساسية التالية (Lazarus, 1993, P09):

- المواجهة عملية معقدة، ويستعمل الأفراد أغلب إستراتيجيات المواجهة الأساسية تجاه الوضعيات الضاغطة.
- ترتبط المواجهة بتقدير وتقييم (Appraisal) كل ما يمكن القيام به لتغيير الموقف، فإذا بين التقييم بأن هناك شيء يمكن القيام به هنا تسيطر المواجهة التي تركز على المشكل. أما إذا أسفر التقييم بأن ليس هناك شيء يمكن القيام به هنا تسيطر المواجهة التي تركز على الإنفعال.
- عندما يكون الموقف الضاغط من النوع الثابت كالعمل، والصحة أو العائلة يظهر أن للرجال والنساء أساليب مواجهة تتشابه كثيرا.
- هناك مجموعة من إستراتجيات المواجهة تبدوا أكثر ثباتا وإستقرارا من الإستراتيجيات الأخرى أثناء التعرض لمختلف المواقف الضاغطة، بينما ترتبط الإستراتيجيات الأخرى بمواقف ضاغطة خاصة مثلا فالتفكير الإيجابي تجاه الموقف هي ثابتة نسبيا وترتبط كثيرا بالشخصية، في حين أن إستراتيجية البحث عن دعم إجتماعي فهي غير ثابتة وترتبط كثيرا بالسياق الإجتماعي.
- إن إستراتيجية المواجهة تتغير منذ المرحلة الأولى من الموقف الضاغط إلى مرحلة أخرى لاحقة.
- تعتبر سلوكات المواجهة كوسيط قوي للنتائج الإنفعالية، حيث ترتبط بعض إستراتيجيات المواجهة بنتائج إيجابية، في حين ترتبط إستراتيجيات أخرى بنتائج سلبية.
- إن فائدة أي نوع من أساليب المواجهة يرتبط بنوع الموقف الضاغط ونمط الشخصية المعرضة للضغط (الصحة الجسدية، والوظيفة الإجتماعية والوجود الذاتي).

تعتبر المواجهة مجموعة من المجهودات المعرفية والسلوكية الموجهة للتحكم وتقليص أوتحمل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تهدد الفرد وتفوق مواردها الشخصية، وتضم مجموعة غير متجانسة من المعارف والمواقف السلوكية، وتصنف إلى نوعان مواجهة تركز على الإنفعال مثل التجنب – التهرب

وإتخاذ مسافة، وأخرى تركز على المشكل مثل التصدي ومخططات حل المشكل، حيث يهدف النوع الأول إلى تقليص حالة التوتر والضيق الإنفعالي المصاحب للضغط، بينما النوع الثاني تضم طرق تمكن الفرد من الحصول على إمكانيات لتغيير الوضعية التي يواجهها، مما يؤدي إلى تغيير الحالة الإنفعالية وهذا هي أهم وظائف المواجهة.

6- العوامل المؤثرة في إستجابات المواجهة

يرى كل من "**Lazarus**" و"**Folkman** " **(1985)** نقلا عن**(Solomon et al , 1988, P 279)** بأن الفرد يميل إلى إستعمال مختلف أساليب المواجهة وفقا لسياق المشكل الذي يواجهه وخصائصه، ووفقا أيضا لشخصيته. ويفترض "**Cooper**" نقلا عن **(شريعۃ Û ţ 81)** أن هناك إرتباط بين إستجابات الضغط النفسي والعوامل النفسية مثل إستراتيجيات المواجهة والشخصية، وذلك لأن الفـروق الفردية وثيقة الصلة بإستجابات الضغط النفسي لأنها تلعب دور تغيير أو تعديل الطريقة التي يواجهه بها الفرد الحاجات البيئية، وتظهر إستجابات المواجهة من خلال التفاعل بين العوامل الحالية للظرف والموقف، وبين المزاج الشخصي. وفي هذا السياق، يؤكد "**Freidman** " **(1990)** نقلا عن **(شريعۃ Û ţ 81)** أنه لا يمكن للفرد أن يواجه بشكل منفصل عن سمات شخصيته.

ويتجلى مما سبق ذكرا أن من العوامل الأساسية المؤثرة في إستجابات المواجهة، والتي تفسر الفروق الفردية في الإستجابة للضغط وفي إستعمال مختلف أساليب المواجهة الواحدة دون الأخرى، نميز منها طبيعة الحدث وخصائصه (مثل قابلية ضبط الحدث يدخل في سياق عائلي وصحي أو مهني) والسياق الإجتماعي (المتمثل في الدعم الإجتماعي من المحيط) وسمات الشخصية (تقديرالذات، وفعالية الذات). وسيتم لاحقا تقديم بعض الدراسات التي ساهمت في تفسير الفروق الفردية في إستجابات المواجهة.

6-1 إستراتيجيات المواجهة وقابلية ضبط الحدث

يشير ضبط الحدث إلى مجموع إستجابات الفرد القادرة على التأثير على الحدث لجعله أقل تهديدا، ويرتبط هذا الضبط بالموقف وخصائصه ونتائجه، وبتقدير الحدث من طرف الفرد وبإنجاز السلوك (الإستجابة)، وعندما تكون محاولة ضبط الحدث سهلة الإنجاز وتتطلب القليل من الجهد، فهي تشير إلى مواجهة ناجحة وتكون الإستجابة النفسية والفيزيولوجية للضغط معتدلة، وعندما يتطلب ضبط الحدث جهد كبير يمكن حدوث التوتر الناتج عن وضعية غير قابلة للضبط**(Ferreri , 1993, P43)**. ويضيف "**Lazarus**" **(1984)** و"**Levine**" **(1986)** نقلا عن **(Ferreri , 1993, P43)** بأن ضبط الحدث يرتبط أيضا بضبط التصورات والأفكار، وبالتعامل الإنفعالي مع الحدث، وبالتطور النفسي العاطفي للفرد وبتوظيف أساليب المواجهة من خلال قدرته على مواجهة الموقف.

وفي هذا الصدد، أشار "Lazarus" **(1984)** نقلا عن **(Ferreri , 1993, P44)** أنه يمكن ملاحظة إستجابات مواجهة الفرد وفقا لأربعة مستويات للضبط وهي:

- **ضبط خارجي للحدث**: موقف فعال لضبط الوضعية، والبحث عن سند إجتماعي.
- **ضبط داخلي:** ضبط الإنفعالات والأفكار.
- **غياب الضبط**: تجنب - تهرب، وتعاطي المواد الإدمانية والكحول.
- **تقييم الوضعية**: مسؤولية الفرد في ظهور وضعية الضغط، ومسؤولية الآخرين وسوء الحظ أوالصدفة.

ويظهر أن مدى قابلية ضبط الحدث يمكن أن تغير وتعدل من دور المواجهة أثناء التعرض للضغط، سواء من حيث إختيار إستراتيجيات المواجهة، أو من خلال التأثير على نتائجها. فقد توصلت دراسات كل من **Folkman**، و**Lazarus**، و**Delongis (1986)**، و**Forsythe** و**Compas (1987)** نقلا عن **(Valentiner et al ، 1994، P 1095)** لعدة أدلة توضح أن تقدير الحدث بأنه قابل للضبط يلجأ الأفراد أكثر إلى إستعمال المواجهة الفعالة و إستعمال أقل لمواجهة التجنب، فالنتائج النفسية للضغط تتأثر بمدى التوافق بين تقديرات لقابلية ضبط الحدث وإختيار إستراتجيات المواجهة. وفي نفس هذا السياق، وضح كل من "**Forsythe**" و"**Compas**" **(1987)** نقلا عن**(Lazarus & Folkman , 1988, P25)** أن هناك نسبيا إستعمال أكثر للمواجهة التي تركز على المشكل من المواجهة المركزة على الإنفعال في الأحداث والوضعيات التي تقدر بأنها قابلة للضبط وترتبط بنتائج تكيفية، في حين هناك نسبيا أيضا إستعمال أكثر للمواجهة المركزة على الإنفعال من المواجهة التي ترتكز على المشكل في المواقف التي يتم تقديرها بأنها غير قابلة للضبط ويصاحبها نتائج تكيفية**.**

كما أسفرت نتائج دراسات "**Terry** " و"**Conway**" **(1992)** وأعمال " **Vitaliano**" وزملاؤا **(1990)** نقلا عن **(Terry, 1994, p895 -897)** بأن المواجهة التي تركز على المشكل أكثر فعالية عند تقدير الحدث بأنه قابل للضبط، في حين تكون الإستجابات التي تركز على الإنفعال توافقية في المواقف ذات قابلية ضبط ضعيفة. وتدعم هذا النتائج دراسات"**Carver**" **(1989)** و"**Aldwin**" **(1991)** نقلا عن **(Terry, 1994, p895 -897)** فهناك أدلة معتبرة للعلاقة بين إدراك مدى قابلية ضبط الحدث وإستجابات المواجهة تجاه المواقف، حيث هناك تفضيل لإستعمال المواجهة التي تركز على المشكل في الوضعيات ذات قابلية للضبط، لأن الأفراد في مثل هذا المواقف يعتقدون ويدركون أن المجهودات الموجهة للتعامل مع المشكل ليست عقيمة، أما تقدير الحدث بأنه أقل قابلية للضبط، فهذا يزيد من الضيق الإنفعالي للفرد مما يرتبط بإستعمال المواجهة التي تركز على الإنفعال، فعند الإستجابة لحدث ضاغط ذا قابلية ضعيفة للضبط، فإن محاولات الفرد للتعامل مع الموقف بشكل نشط وفعال (مواجهة تركز على المشكل) يظهر

أنها غير مجدية ويكون لها إنعكاسات مضرة بالصحة، لأن مثل هذا المجهودات تجاه مثل هذا الموقف الضاغط، تحدث حسب "**Cohen**" و"**Roth**" نقلا عن (**Terry & Hynes, 1998, P1092**) إحساسات بالإحباط وخيبة الأمل بالنسبة للفرد، في حين يظهر أن إستجابات المواجهة المركزة على الإنفعال تكون أكثر توافقية، لأن هناك حاجة للتعامل مع مشاعر اليأس والعجز الناتجة عن المواقف الضاغطة ذات قابلية ضعيفة للضبط. وعليه يظهر أن في الوضعيات ذات قابلية ضبط منخفضة، تكون إستجابات المواجهة التي تركز على الإنفعال أكثر تكيفا من المواجهة المركزة على المشكل، في حين هناك تفضيل لإستعمال هذا الإستراتجية الأخيرة في المواقف ذات قابلية ضبط ممكنة.

6-2 إستراتيجيات المواجهة وسمات الشخصية

يرى الأطباء النفسيون والمعالجون النفسيون أن الشخصية والمـواجهة يمضيان جنبا إلى جنب. ويؤكد "**Lazarus**" نقلا عن **(يوسعÛ 2000Û ţ 63)** على ضرورة فحص أبعاد الشخصية وسلوكيات التوافق، ذلك لأن الطرق والأساليب المفضلة للمواجهة تنبع من أبعاد الشخصية. ويضيف "**Costa** " و"**MC Care**" **(1990)** نقلا عن **(يوسعÛ 2000Û ţ 63-64)** أن متغيرات الشخصية أساسية في تحديد كيفية إدراك الناس للضغوط وفي تحديد إستراتيجيات المواجهة التي يتبنوها وصحتهم النفسية أيضا. ويـؤكد "**Parks**" نقلا عن **(يوسعÛ 2000Û ţ 64)** بأن المدى الذي تستخدم فيه أساليب المواجهة والتوافق لا يعتمد فقط على الأحداث التي تمثل بؤرة المواجهة، وإنما أيضا على المحددات البيئية والمصادر الشخصية وحاجات وقدرات الفرد نفسه، لذلك إتجهت بعض الدراسات لبحث علاقة المواجهة ببعض سمات الشخصية، وتوصلت إلى أن أسلوب المواجهة يرتبط بالسمات الشخصية.

في هذا السياق، حاولت دراسة كل من " **Charlton**" و"**Thompson**" **(1996)** نقلا عن**(يوسعÛ ţ 63)** فحص سمات الشخصية مثل العصابية والإنبساط ودورها في المواجهة، كما هدفت دراسة **Costa** و" **Care** " نقلا عن **(يوسعÛ ţ 63)** فحص تأثير الشخصية على المواجهة وتأثير هذا الأخيرة على الصحة النفسية**.** كما أظهرت دراسات "**Maddi**" و"**Kobasa**" **(1984)**، "**Scheier**" و" **Carver**" **(1987)**، و" **Bandura**" **(1982)**، و" **Antonovsky**" **(1987)** وأعمال كل من "**Epstein**" و"**Meier**" **(1989)** و"**Synder**" وآخرون **(1991)** نقلا عن **(Lazarus, 1993, P03)** بأن سمات الشخصية وإستجابات المواجهة تساعد بعض الأفراد على مواجهة الآثار الضارة للضغط بصفة أفضل من الآخرين، ومن بين هذا السمات التي يبدو أنها ترتبط بسهولة التوافق منها التفكير البناء **(Constructive thinking)** الصلابة وشدة القدرة على التحمل **(hardiness)**، والإحساس بالأمل والتفاؤل **(optimism)** فعالية الذات **(self-efficacy)** والإحساس بالإنسجام والتماسك

(Sense of –cohence)**.** كما إهتم كل من " **Weintraub** " و" **Carver**" **(1986)** نقلا عن **(Folkman & lazarus, 1988, P21)** بدراسة وتقييم العلاقة بين التفاؤل وإستجابات المواجهة، فأسفرت النتائج بأن التفاؤل يرتبط إيجابيا مع المواجهة التي تركز على المشكل والبحث عن سند إجتماعي، وترتبط سلبا مع الإنكار والنفي. وتدعم هذا النتائج دراسات كل من " **Derry** " **(1981)** و"**Strauman**" **(1985)** نقلا عن **(Linville , 1987, P663)** حيث وضحت بأن الفروق الفردية أثناء الإستجابة للأحداث الضاغطة تمثل عوامل معدلة للعلاقة ضغط نفسي وإنعكاساته، وأهم هذا العوامل الملطفة للنتائج الضارة للضغط تتمثل في المساندة الإجتماعية، ومركز الضبط، والشعور تجاه الذات والصلابة (شدة القدرة على التحمل)، كما أن هناك إقرار متزايد بأن إدراك الذات يلعب دورا في إستجابات المواجهة**.**

وفي هذا الصدد، يؤكد " **Maddi**" و"**Kahn**" و"**Kabasa**" **(1982)** نقلا عن **(Holahan & Moos, 1987, P947)** وجود إرتباط إيجابي بين الصلابة **(Hardiness)** أي شدة القدرة على التحمل مع وجود إستعداد شخصي للضبط والتحدي، وأشكال المواجهة التوافقية، ذلك لأن سمة مثل الصلابة تمثل عامل نفسي مخفف أثناء التعرض للضغط. كما أوضحت دراسة "**Carver**" وزملائه **(1989)** نقلا عن **(يوسف، 2000، ص 64)** أن إستجابات المواجهة مثل التوافق الإيجابي والتخطيط إرتبطت إيجابيا بالتفاؤل والشعور العام بإمكانية القيام بشئ نحو المواقف الضاغطة، وتقدير الذات والصرامة والنمط (أ)، أما أشكال المواجهة السلبية مثل الإنكار والتجنب فقد إرتبطت سلبا بالنمط **(أ)** في حين بين " **Parks** " نقلا عن **(يوسف، 2000، ص 64)** أن هناك علاقة بين سلوك النمط (أ) وأساليب المواجهة التي تركز على المشكل والضبط الداخلي، بينما إرتبطت سمة القلق بالأساليب السيئة للتوافق**.**

نستخلص مما تقدم أن هناك إرتباط بين إستراتيجيات مواجهة الأحداث الضاغطة **(Coping)** وسمات شخصية الفرد، ونتائج تفاعلهما على الصحة النفسية والتوافق. ويظهر من خلال الدراسات السابقة التي تم التطرق إليها، بروز مجموعة من السمات تناولتها العديد من البحوث منها تقدير الذات، وفعالية الذات، والعصابية، وسمة القلق، ومركزالضبط ونمط الشخصية (أ) وأخيرا دور السياق الإجتماعي والمساندة. وسنعرض فيما يلي بشيء من التفصيل لعلاقة إستراتيجيات المواجهة ببعض سمات الشخصية.

*** إستراتيجيات المواجهة وتقدير الذات**:

يرى "**Appelberg**" كل من **(1996)** و"**Short**" **(1999)** نقلا عن **(شريف، ص 82)** بأن إرتفاع وإنخفاض الشعور بالضغط النفسي يحدد بجزء منه بتقدير الذات، لذلك فإن الأفراد منخفضي تقدير الذات يدركون الضغط النفسي بشكل أكبر من الأفراد مرتفعي تقدير الذات**.** وهناك أدلة أخرى أوضحت بأن الأفراد ذوي التقدير المرتفع للذات يميلون أكثر لإستعمال المواجهة التي تركز على المشكل مـقارنة

بذوي التقدير الواطئ للذات، منها دراسات "**Fleishman**" **(1984)**، و"**Holahan**" و"**Moos**" **(1987)** و"**Terry**" **(1991)** نقلا عن **(Terry, 1994, P895)**، فقد أشار "**Holahan**" بأن الأفراد مرتفعي تقدير الذات أقل إستعمالا لإستراتيجيات المواجهة التجنبية من الأفراد منخفضي تقدير الذات، ويفسر "**Fleishman**" مثل هذه النتائج أن الأفراد ذوي مستوى عال من تقدير الذات لديهم إستعداد للشعور بالثقة في قدراتهم لمواجهة المشكلات والتغلب عليها.

ففي دراسة قام بها "**Lees**" و"**Ellis**" **(1990)** نقلا عن **(Godbey& caurage، 1994، P191)** حول الضغوط وإستراتيجيات المواجهة لدى الممرضين، أسفرت نتائجها بأن الممرضين الذين إمتازوا بتقدير عال للذات ومستوى منخفض للقلق إستمروا في مهنة التمريض، وهم أكثر إستعمالا لإستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكل مقارنة بالممرضين الذين غادروا المهنة، حيث إمتازت هذه الفئة الأخيرة بتقدير منخفض للذات ومستويات عالية من القلق ويقدرون البيئة بصفة سلبية، بينما يلجأ ذوي التقدير العالي للذات لإستعمال أكثر للمواجهة التي تركز على المشكل من الأفراد منخفضي تقدير الذات، الذين يميلون أكثر لإستعمال الإستراتيجيات التجنبية.

* إستراتيجيات المواجهة وفعالية الذات:

أشار "**Schwarzer**" **(1999)** نقلا عن **(شريح، 82 ξ)** بأن فعالية الذات والمعتقدات المتفائلة حول القدرة على المواجهة الإيجابية مع عوامل الضغط المتنوعة، قد إرتبطت إيجابيا مع التخفيف من الضغط النفسي، لذلك توجهت بعض الدراسات لتحديد الميكانزمات النفسية التي من خلالها تؤثر الخصائص والسمات الشخصية على المواجهة. فإقترحت النظريات المعرفية الحديثة للتوافق أهمية العوامل الوسيطة مثل إعتقادات وإدراك فعالية الذات التي تربط الشخصية والمواجهة. وقد صرح كل من "**Lazarus**" و"**Folkman** " **(1984)** بأن إعتقدات الفرد لفعاليته الذاتية تمثل إحدى المميزات الشخصية التي تؤثر على تقدير وإستجابة المواجهة اللاحقة. أما "**Bandura**" نقلا عن **(Holahan & Moos, 1987, P953)** فيرى بأن شعور وإدراك الفرد لفعاليته الذاتية تحدد وتنبأ بالسلوك وإستمراره، وفي كيفية توظيف مجهودات المواجهة.

وفي هذا السياق، لقد وضح "**Litt**" **(1988)** نقلا عن **(Terry, 1994,P901)** بأن الشخص الذي يعتقد بأنه قادر على الإستجابة لمتطلبات الموقف يميل إلى إستعمال إستراتيجيات المواجهة التي تركز على التعامل مع المشكل، بينما الأفراد الذين يتميزون بمستوى ضعيف في فعالية الذات، فإنهم يدركون عجزا في قدراتهم على المواجهة، لذلك يستعملون الإستراتيجيات التي تتعامل مع مستوى الضيق الإنفعالي للموقف. كما وضح "**Ashford**" **(1988)** نقلا عن **(Terry, 1994,P901)** بأن الأشخاص الذين يتميزون بمستوى عال في فعالية الذات تجاه المواقف، ترتبط هذه السمة إيجابيا باستراتيجيات البحث عن المعلومات

(مواجهة تركز على المشكل)، وترتبط سلبا مع الضيق الإنفعالي، ودعمت هذا النتائـج دراسة "**Terry**" **(1991)** فالأفراد مرتفعي فعالية الذات أكثر إستعمالا للمواجهة التي تركز على المشكل عند مواجهة المواقف الضاغطة، في حين يميل ذوي التقدير الواطئ لمستوى فعالية الذات إلى إستعمال المواجهة المركزة على الإنفعال. ويضيف "**Mc Crae**" **(1984)** نقلا عن **(Terry, 1994,P901)** بأن وجود مستويات منخفضة في فعالية الذات تجاه المواقف تنبؤ باستعمال إستراتيجيات مثل توبيخ الذات، فالفرد في هذا الحالة يدرك بأن ليس لديه ثقة في قدراته للتصرف، إذا يلجأ الأفراد إلى المواجهة التي تركز على الإنفعال مثل التهرب توبيخ الذات عندما يولد لديهم الحدث إدراكات بالتهديد وعدم القدرة على ضبطه ومستوى اقل لفعالية الذات.

* إستراتيجيات المواجهة والعصابية:

أجرى كل من "**Mc crae**" و"**Costa**" **(1988)** نقلا عن **(Folkman & Lazarus , 1988, P21)** دراسة حول العلاقة بين العصابية، والإنبساطية وإستجابات المواجهة، وتوصلا إلى أن العصابية ترتبط بإستعمال أكبر لإستجابات مثل الأحلام التهربية، والإنسحاب، والتفكير الخيالي، والسلبية وتوبيخ الذات، بينما ترتبط الإنبساطية بالتصرف العقلاني، والتفكير الإيجابي والإستبدال. كما تبين الأدلة وجود إرتباط بين مستويات منخفضة في العصابية والمواجهة التي تركز على المشكل خاصة في المواقف التي تقدر بأنها قابلة للضبط، ذلك لأن الأفراد منخفضي مستوى العصابية يمكنهم التعامل مع متطلبات الموقف باستعمال الإستراتيجيات التي تركز على المشكل لأنهم اقل إرتباكا أمام الضيق الإنفعالي المصاحب للموقف الضاغط، ولديهم قدرة أكبر لتقدير الموقف والتعامل معه باستعمال مواجهة موجهة وهادفة **(نقلا عن Terry, 1994, P901).**

وفي هذا الصدد، وضح "**Carver**" وأخرون **(1989)** نقلا عن **(Terry, 1994, P895)** أنه يمكن إعتبار مستوى منخفض في العصابية كمورد للمواجهة في المواقف الضاغطة، فالأفـراد ذوي مستوى عال في العصابية يميلون إلى التركيز على مستوى الضيق الإنفعالي من الميل نحو توجيه السلوك للتعامل مع الموقف. كما أكد "**Bolger** " **(1990)** نقلا عن **(Terry, 1994, P895)** بأن الأفراد ذوي مستوى عالي في العصابية يميلون أكثر لإستعمال إستراتيجيات المواجهة المركزة على الإنفعال، وأقل إستعمالا للمواجهة التي تركز على المشكل مقارنة بذوي مستوى ضعيف في العصابية.

* **إستراتيجيات المواجهة وضبط الأفكار (Contrôl belief):**

يرى كل من "**Anderson**" **(1977)** و"**Fleishman**" **(1984)** نقلا عن **(Terry, 1994, P895)** بأن هناك موارد مختلفة ومتعددة للمواجهة، والتي تؤثر في سلوك المواجهة في موقف خاص منها ضبط الأفكار، فهناك العديد من الأدلة وضحت أن الضبط العام للأفكار يؤثر في إستجابات المواجهة فالأشخاص ذوي ضبط فكري داخلي **(Internal Contrôl Belief)** أكثر إستعمالا للمواجهة التي تركز على المشكل، وأقل إعتمـادا على المواجهة التي تركز على الإنفعال، مقـارنة بالأفـراد ذوي ضبط فكـري خـارجي **(External Control Belief)**. وتفسير ذلك حسب "**Lazarus**" و"**Folkman**" **(1984)** أن الأفراد ذوي ضبط فكري داخلي عال يميلون إلى إدراك أن مجهوداتهم ستكون فعالة في التعامل مع نتائج الموقف الضاغط وإنعكاساته.

* **إستراتيجيات المواجهة ونمط الشخصية (أ):**

لقد أظهر كل من "**Carver**" وزملاؤه **(1989)** نقلا عن **(Terry.1994, P897)** بأن الأفراد ذوي نمط شخصية (أ) يميلون إلى مراقبة وضبط بيئتهم، لذلك فهم يستعملون إستراتيجيات المواجهة الموجهة نحو التعامل مع المشكل وإدارته، فالأشخاص من النمط (أ) يميلون أكثر من الأخرين لتخطيط لكيفية التعامل مع الموقف مع إستعمال إستراتيجيات فعالة لمواجهة المشكل المطروθ مع إستمرارية جهود مقاومتهم.

* **إستراتيجيات المواجهة ومصادر الدعم الأجتماعي:**

أوضحت دراسات كل من " **Heller** " و"**Swindle**" **(1983)**، " **Moos**" و"**Mitchell**" **(1982)** نقلا عن **(Holahan & Moos, 1987, P947)** وجود إرتباط إيجابي بين الموارد الإجتماعية والصحة النفسية والجسدية، لأن مثل هذه المصادر تزود الفرد بالدعم الإنفعالي، وبالمساعدة الملموسة، وبالإرشاد والتوجيه الإعلامي، لذلك فالفرد الذي يتمتع بموارد دعم إجتماعي غنية أقل إستعمالا لإستراتيجيات المواجهة التجنبية.

وفي نفس السياق، ذكر كل من" **Holahan** " و"**Moos** " **(1987)** بأن الأفراد الذين يعانون من فقر في الدعم العائلي أكثر إستعمالا للإستراتيجيات التجنبية مقارنة بالأشخاص الذين يتميزون بمستويات عليا من الدعم العائلي، لذلك فهؤلاء الذين يفتقرون للمساندة العائلية يفضلون إستعمال المواجهة التي تركز عن الإنفعال. كما أشار "**Cronkilte**" و"**Moos**" **(1984)** نقلا عن **(Terry.1994, P897)** أن النساء اللواتي يفتقرن إلى الدعم العائلي أكثر ميلا لإستعمال المواجهة التجنبية. ووضح "**Moos**" و"**Moos**" **(1984)** نقلا عن **(Terry.1994, P897)** بأن اللجوء إلى إستعمال المواجهة التجنبية ترتبط كثيرا بوجود صراعات عائلية.

كما أكدت نتائج دراسة "Billings" و"Moos" **(1982)** نقلا عن **(Holahan & Moos Û1987 ÛP 947)** بأن الأشخاص ذوي دعم عائلي أكثر إستعمالا للمواجهة التي تركز على المشكل، وأقل إستعمالا للمواجهة التجنبية مقارنة بذوي دعم ومساندة عائلية منخفضة.

يتضح مما تقدم أن الموارد الإجتماعية المتاحة للفرد تعزز مجهودات المواجهة التوافقية، وتثبط المجهودات التجنبية. لقد بين كل من **"Holahan"** و**"Moos"** **(1987)** نقلا عن **(Valentiner et al.1994, P1094)** من خلال سلسلة من الدراسات الطولية بأن الأفراد ذوي موارد شخصية وإجتماعية متعددة يمليون أكثر إلى إستعمال إستراتيجية التصدي، وأقل إستعمالا لمواجهة التجنب. كما صرθ كل من **"Moos"** و**"Cronkite"** **(1984)** نقلا عن **(Valentiner et al.1994, P1094)** بأن هذا الموارد الشخصية الإجتماعية ترتبط لاحقا بالصحة النفسية سواء بصفة مباشرة أو غير مباشرة، وذلك من خلال إستجابات المواجهة التكيفيةÛ فالأفراد ذوي ضبط فكري داخلي، وتقدير مرتفع للذات، ومستوى منخفض في العصابية، ولديهم مرونة لإستعمال نوع المواجهة الأكثر تلائما مع الموقف. ففي الوضعيات ذات الضبط العالي يلجأ الأشخاص لمختلف هذا الموارد مع تفضيل إستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكل، في حين تستعمل المواجهة التي تركز على الإنفعال في المواقف ذات قابلية أقل للضبط **(Terry , 1994, P896).**

وتكون مواجهة الفرد موفقة عندما يتمكن من تغيير الظروف البيئية المهددۃ أو الضارة (حل المشكل)، وإعادة التوازن الإنفعالي بعد الضيق والقلق، وذلك بالحفاظ على صورة إيجابية للذات والإستمرار في العلاقات الإجتماعية المرضية مع الأخرين. وفي هذا الصدد، أشار" **Cohen** " و" **Lazarus** " **(1979)** نقلا عن **(Bootzin et al, 1986, P532)** بأن المواجهة الناجحة ترتبط بالتوافق وقدرات حل المشكل والضبط الذاتي للإنفعال.

7- إستراتيجيات المواجهة والصحة النفسية

يمكن إعتبار مواجهة الضغط النفسي طريقة أو محاولة للتكيف مع الموقف الضاغط، وهذا المحاولة إما أن تكون فعالة وبالتالي تخفف من آثار الضغط النفسي السلبية، وإما أن تكون غير فعالة فتساهم في تفاقم الضغط النفسي. وهذا ما جعل الباحث "Frydenberg" **(1999)** نقلا عن **(شريح Û ţ 65)** يصرθ بأن الصحة والحالة الجيدة تعتبر رهن الطريقة التي نتعامل أو نواجه بها الضغط النفسي، وهذا ما نطلق عليه بإستراتيجيات المواجهة، وتحدث المواجهة عندما يضطر الفرد التعامل مع موقف ضاغط محدد زمنيا ومكانيا.

وفي نفس السياق، أشار "Delongis" و"O'Brien" **(1996)** نقلا عن **(يوسعÛ ţ 60)** أن هناك إعتراف متنام بأن العوامل التفاعلية قد تؤثر على كل جانب من جوانب الضغوط وأساليب المواجهة مشتملة على تقدير الأحداث الضاغطة، وإختيار وكفاءة إستراتيجيات المواجهة، ووقع ذلك كله على الصحة النفسية. كما وضحت العديد من الدراسات كأعمال "Folkman" و"Lazarus"Û و"Gruen" و"Delongis" **(1986)** نقلا عن**(Terry, 1994, P895)** بأن المواجهة التي تركز على المشكل على إرتباط إيجابي مع قياسات الصحة النفسية، بينما أظهرت دراسات "Aldwin" و"Revenson" **(1987)**، و"Terry" **(1991)** نقلا عن **(Terry, 1994, P895)** بأن إستراتيجيات المواجهة المركزة على الإنفعال تميل إلى الإرتباط بصحة نفسية سيئة. فالعديد من الباحثين يتفقون بأنه غالبا ما تكون المواجهة المركزة على المشكل أكثر توافقا من المواجهة المركزة على الإنفعال، ويضيف البعض الآخر أمثال "Forsythe" و"Compas" **(1987)**، و"Vitaliano" وآخرون **(1990)** نقلا عن**(Terry, 1994, P895)** بأن المواجهة التي تركز على المشكل أكثر فعالية عند تقدير الحدث بأنه قابل الضبط، في حين تكون الإستجابات التي تركز على الإنفعال أكثر توافقية في الأحداث ذات قابلية ضعيفة للضبط. ولتوضيح أكثر علاقة إستراتيجيات المواجهة بالصحة النفسية، سوف نتطرق فيما يلي إلى علاقة المواجهة بالتوافق النفسي وسوء التوافق.

7 - 1 إستراتيجيات المواجهة والتوا5ق النفسي

يرى "Lazarus" و"Folkman" نقلا عن **(يوسعÛ ţ 59)** أن التوافق والتقدير يتأثران بالفروق الفردية في الإمكانيات السيكولوجية والمصادر الشخصية والإجتماعية، أي أن سمات الفرد وقدراته وإمتلاكه لمهارات التوافق تؤثر في الإستجابات الممكنة للتعامل مع المواقف الضاغطة**.** وكان المحور الأساسي للدراسات حول المواجهة فحص العلاقات بين إستعمال مجهودات مواجهة خاصة وتسوية الضغط، ففي العديد من الأبحاث مثل أعمال "Feinstein" و"Toylor" **(1992)**Û و"Terry" Û و"Tonge" و"Collan" **(1995)** نقلا عن **(Terry & Hynes, 1998, P 1092)** بينت أن الإستراتيجيات التي تركز على المشكل ترتبط بتسوية أفضل. بينما دراسات أخرى لـ"Zautra" و"Maune" **(1989)**Û و"Vitaliano" **(1987)** و"Terry" وآخرون **(1995)** نقلا عن **(Terry & Hynes, 1998, P 1092)** أظهرت أن إستعمال المواجهة التي تركز على الإنفعال تميل إلى الإرتباط بتسوية سيئة للضغط. كما يفسر كل من "Folkman" و"Lazarus" **(1984)** لإرتباط الإيجابي بين الإستراتيجيات التي تركز على المشكل والتوافق (تسوية ناجحة) إلى أن هذا النوع من إستجابات المواجهة تحاول التعامل مع الوضعية بشكل نشط وفعال، أما التأثير السلبي للإستراتيجيات المركزة على الإنفعال (تسوية سيئة) ينسب إلى إخفاق مثل هذا المجهودات لمجابهة الحدث. كما أسفرت نتائج دراسة كل من "Billings" و"Moos" **(1981)** نقلا عن **(Holahan & Moos, 1987, p 946)** حول النتائج التوافقية والصحية لإستراتيجيات المواجهة،

بأن الإستراتيجية التجنبية ترتبط إيجابيا بالضيق النفسي. بينما توصلت دراسة كل من "**Forsythe**" و"**Compas**" **(1987)** نقلا عن **(Valentiner et al, 1994, p 1099)** أن إستعمال مواجهة نشطة ترتكز على المشكل ترتبط بضيق نفسي أقل، بالخصوص في الحالات التي تقدر فيها الأحداث بأنها قابلـة للضبط، لذلك فالمواجهة تتوسط جزئيا العلاقة بين الموارد التوافقية **(Adaptive ressources)** والتوافق النفسي **(Psychological adjustment).**

وقد أظهر كل من "**Cutrona** " و"**Trautman**" **(1986)** و"**Major**" وآخرون **(1990)** نقلا عن **(Valentiner et al, 1994, p 1099)** بأن تقدير الحدث بأنه قابل الضبط يؤثر على وظائف الدعم الإجتماعي المدركة كعامل واق مع التحديات القابلة للضبط، فإدراك الدعم العائلي يمكن أن يؤثر على التوافق النفسي بصفة غير مباشرة من خلال تعزيز فعالية الذات، والتي بدورها تساعد على إستعمال وتوظيف مجهودات مواجهة نشطة وأكثر فعالية. كما تؤكد عدة دراسات منها أعمال "**Felton**", و"**Revenson**" (**1984**)، و"**Mitchel**" و"**Cronkite**" **(1983)** و"**Hodson**" **(1983)** نقلا عن **(Aldwin et al, 1987, p338)** بأن المواجهة التي تركز على المشكل تقلص من الضيق الإنفعالي، في حين تعمل المواجهة المركزة على الإنفعال على زيادة الضيق الانفعالي.

7 - 2 إستراتيجيات المواجهة وسوء التواف5 النفسي

يشير" **Atkinson** " وزملاؤا **(1990)** نقلا عن **(يوسعÛ ţ 54)** أن كل أشكال السلوك المضطرب هي نتيجة للمواجهة غير الناجحة، وكذلك الحال بالنسبة لسوء توافق الفرد وبيئته، وتعتبر النقطة الجوهرية في هذا الموضوع هي علاقة إستراتيجيات المواجهة المختلفة بالاضطرابات الجسمية والنفسية، ومن المعروف أن الأفراد عندما يواجهون مواقف مشقة أو ضغوط فإنهم قد ينجحون في تطويق الموقف الضاغط وقد يفشلون في ذلك، وعندما يفشلون فقد يجدون طريقة لترويض أنفسهم لتقبل الموقف، أو قد يصابون من ناحية أخرى بإضطرابات جسمية أو بدرجة من القلق والإكتئاب. وما دامت إستراتيجيات المواجهة مهمة في تلطيف الضغوط فمن المفترض أنه سيكون لها تأثير على إحداث أو ظهور وإستمرار الإضطرابات النفسية، وفي هذا السياق، أيدت البحوث الإفتراض القائل بأن مواجهة أحداث الحياة ترتبط بإحتمال حدوث المرض الجسمي والإضطراب النفسي، ومما لاشك فيه أن أسلوبي المواجهة الرئيسين (المركزة على المشكل والتي تركز على الانفعال) لا يستويان في علاقتهما بالإضطرابات الجسمية والنفسية.

أسفرت دراسة "**Bombardier**" وزملائه **(1990)** نقلا عن **(يوسعÛ ţ 60)** أن هناك علاقة بين الميل إلى إستخدام أساليب المواجهة المركزة على الإنفعال والإضطراب النفسي، كما تبين أن مثل هذا الإستراتيجيات ترتبط بالتوافق السيئ مع المشكلات وبالإضطرابات النفسية. كما أشارت بعض الدراسات **(1985, Moos, Holohan)** وجود إرتباط سلبي بين إستراتيجية التجنب والتوافق النفسي، وعلاقة قوية

بين المواجهة التي تركز على الإنفعال وبين الضغوط النفسية والإضطراب النفسي. ويرى " **Mc Care** " و"**Costa**" **(1986)** نقلا عن **(يوسع Û ţ 85)** بأن المتوافقين يستخدمون أساليب معينة من المواجهة تجعلهم أكثر سعادة ورضا عن حياتهم، بينما سيتخدم سيئو التوافق أساليب مختلفة للمواجهة ويشعرون بعدم السعادة والمرض.

كما خلصت مجموعة من الدراسات "**Aldwin**" و"**Revenson**" **(1987)**Û و"**Billings**" و"**Moos**" **(1984)**، "**Folkman**" و"**Lazarus**" **(1985)** و"**Rohde**" وآخرون، **(1990)** نقلا عن **(Carver et al, 1994, 184 -194)** بأن ليست كل إستجابات الضغط تحدث نتائج مرغوب فيها، فهناك إستجابات مواجهة غير وظيفية منها توبيϘ الذات، والتفكير الخيالي، والتهرب- التجنب والإنكار، مثل هذا الإستراتيجيات من النوع التجنبي تعمل ضد الفرد وصحته وتوافقه وليس لصالحه، وهناك عدد من الأدلة التي توضح أن إستعمال مواجهة نشطة فعالة للتعامل مع الحياة وضغوطها تعزز عموما الحالة الصحية للفرد وسعادته.

كما وضح كل من "**Holahan** " و"**Moos** " **(1985)** نقلا عن **(Holahan & Moos, 1987)** بأن الأفراد الذين يختبرون أمام الضغط مستويات ضعيفة من التوتر النفسي والجسدي، أقل إستعمالا للإستراتيجية التجنبية مقارنة بهؤلاء الذين يختبرون ضيق نفسي نتيجة الضغط، لذلك فإن إستعمال إستراتيجيات مواجهة فعالة أو تجنبية ترتبط بالوظيفة النفسية. كما وجد "**Kobasa**" **(1982)** نقلا عن **(Holahan & Moos, 1987, p946)** مثلا أن الأفراد الذين يعايشون مواقف ضاغطة ويستعملون إستراتيجيات مواجهة تجنبية يعانون من أعرض نفسية وجسيمة أكثر من غيرهم. وفي نفس السياق، يضيف "**Aldwin**" و"**Revenson**" **(1986)** نقلا عن **(Aldwin et al, 1987, P343 - 344)** بأن إستراتيجية التهرب ترتبط وسوء الصحة النفسية، والأفراد الذين يتميزون بصحة نفسية سيئة يختبرون الأحداث الحياتية بضغط أكبر مما يجعلهم يواجهون مثل هذا المواقف بأساليب مواجهة أقل توافقا، فهناك دليلا متراكما حول الإرتباط بين سوء الصحة النفسية وإستعمال مواجهةغير توافقية، ذلك أنه أمام مستوى معين من الضغط وسوء الصحة النفسية، يظهر أن هناك نوعان من إستراتيجيات المواجهة المركزة على الإنفعال التي ترتبط بهذا الحالات، وهي التهرب وتوبيϘ الذات التي تعمل على زيادة الضيق الإنفعالي وظهور الأعراض**.** ويؤكد "**Masel**" وآخرون **(1996)** نقلا عن **(Terry & Hynes, 1998, P1080)** بأن إستعمال إستراتيجية التهرب **(Escapism)** كإستجابة للضغط على إرتباط سلبي بالتوافق.

8- علاقة إستراتيجيات المواجهة ببعض إضطرابات الصحة النفسية

أظهرت العديد من الدراسات العلاقة التي تربط أنواع معينة من إستراتيجيات المواجهة والإضطراب النفسي. وسنحاول هنا عرض بعض هذا الأعمال مع التركيز على بعض هذا الإضطرابات.

8-1 إستراتيجيات المواجهة والإكتئاب:

لقد وضح "Aldwin" و"Coyne" و"Lazarus" **(1981)** نقلا عن **(Aldwin et al,1987, P344)** بأن مرضى الإكتئاب يستعملون أساليب مواجهة تختلف عن غير المكتئبين. ويدعم ذلك دراسات كل من "Coyne" وآخرون **(1981)** و"Folkman" و"Lazarus" **(1986)** نقلا عن **(Aldwin et al,1987, P344)** بأن الأشخاص المكتئبين يختلفون عن غير المكتئبين أساسا في إستعمالهم للمواجهة التي تركز على الإنفعال من المواجهة التي تركز على المشكل. كما بين "Vitaliano" وزملائه **(1990)** نقلا عن **(Valentiner et al, 1994, P1095)** لدى عينة غير سيكاترية، بأن المواجهة التي تركز على المشكل تنبأ بإكتئاب أقل، بينما تنبأ المواجهة المركزة على الإنفعال بإكتئاب أشد وبالخصوص عند تقدير الفرد للضغوط بأنها قالبلة للضبط والتحكم . ويضيف "Vitaliano " وأخرون **(1992)** نقلا عن **(Terry & Hynes, 1998 , P1079)** بأن هناك إرتباط إيجابي بين إستعمال المواجهة التي تركز على الإنفعال والإكتئاب. كما أسفرت دراسة "Billings" و"Moos" **(1994)** نقلا عن **(Holahan & Moos, 1987, P948)** بنتائج توضح أن إختيار إستراتيجيات المواجهة ترتبط بشدة الإضطراب لدى مرضى الإكتئاب، ذلك أن المواجهة الفعالة ترتبط بإضطراب أقل، بينما ترتبط المواجهة التجنبية بإكتئاب شديد، وفي دراسة أخرى لـ"Billings" وآخرون بينت أن مرضى الإكتئاب أقل إستعمالا لمواجهة حل المشكل وأكثر إعتمادا على إستراتيجيات تركز على الإنفعال مقارنة بالمجتمع العام. وأشارت دراسة "Mitchell" و"Cronkite" و"Moos" **(1983)** نقلا عن **(Holahan & al, 1987, P946)** في نفس هذا السياق، بأن المواجهة التي تركز على المشكل على إرتباط نسبيا بإكتئاب ضعيف.

وعلى صعيد آخر، إهتمت دراسات أخرى بتحديد نوعية أساليب المواجهة سواء التي تركز على الإنفعال أو المركزة على المشكل في علاقتها مع الإكتئاب منها دراسة "Vitaliano" وآخرون **(1985)** نقلا عن **(Folkman & Lazarus, 1988, P22)** أظهرت أن هناك إرتباط إيجابي بين الإكتئاب والتفكير الخيالي (إستراتيجية تجنبية- تهربية) وعلاقة سلبية بين المواجهة التي تركز على المشكل والإكتئاب. كما وضح "Folkman" و"Lazarus" **(1986)** نقلا عن **(Folkman & Lazarus, 1988, P23)** بأن الأفراد ذوي أعراض إكتئابية شديدة أكثر إستعمالا لإستراتيجيات ضبط الذات، والتهرب– التجنب وأكثر تحملا

للمسؤولية مقارنة بالأشخاص ذوى أعراض إكتئابية خفيفة، في حين ترتبط الأعراض الإكتئابية لدى نفس العينة سلبيا بمخططات حل المشكل. بينما إهتمت دراسة "**EL more**" **(1984)** نقلا عن **(Knisely & Northouse, 1994, P358)** بالعلاقة بين الإكتئاب والمساندة الإجتماعية، فوجد أن هناك إرتباط بين شدة الإكتئاب والنقص في شبكة الدعم الإجتماعي للفرد، كما أن للمكتئبين عدم رضى عن مستوى المساندة الإجتماعية المتاحة. وتؤكد دراسة "**Vertholser**"Û و"**Norman**" و"**Miller**" **(1990)** نقلا عن **(Knisely & Northouse, 1994, P358)** أن المرضى منخفضي مصادر الدعم الإجتماعي يظهرون أعراض إكتئابية أشد.

8-2 إستراتيجيات المواجهة وإضطرابات الهلع:

أشارت دراسة كل من"**Vitaliano**" وآخرون**(1987)** نقلا عن**(Folkman & Lazarus, 1988, P22)** حول تقييم إستراتيجات المواجهة لدى مرضى إضطرابات الهلع، فوجدوا أن هؤلاء المرضى أقل إستعمالا للمواجهة المركزة على المشكل، وأكثر لجوءا إلى الإستراتيجية التجنبية كالتفكير الخيالي مقارنة بمرض إضطراب الهلع البسيط والذين لا يعانون من هذا الإضطراب، كما بين أن هناك إرتباط سلبي بين القلق والإكتئاب وإستعمال المواجهة التي تركز على المشكل، بينما ترتبط إيجابيا بالتفكير الخيالي (إستراتيجية تجنبية). بينما وجدت دراسة "**Henderson**" وآخرون نقلا عن **(Knisely & Northouse, p385)** بأن النقص في الدعم الإجتماعي وبالخصوص في الوسط العائلي على إرتباط قوي بظهور أعراض عصابية، فالمساندة الإجتماعية ترتبط إيجابيا بالمهارات الإجتماعية، وتقدير الذات، والإنبساطية، والتفاؤل، وتأكيد الذات، والوجدان الإيجابي والتوافق، بينما ترتبط عكسيا وسلبا مع العصابية، والتشاؤم والوجدان السلبي.

8-3 إستراتيجيات المواجهة وتعاطي المخدرات:

بحث " **Platt**" و" **Metzger**" **(1987)** نقلا عن **(طايبيÛ 1998Û ţ 82)** كثيرا في حل المشكل المعرفي، وقد وجدا أن المدمنين على الهيروييين يعانون من نقص في مهارات حل المشكل التي تمكن الفرد من تحديد مشكل ما، والتفكير في بدائل لحله. وتوصل "**Lewinsohn**" و"**Gotlib**" نقـلا عن **(طايبيÛ 1998Û ţ 82)** إلى أن المتعاطين للمخدرات يتميزون بفقر في مهارات المواجهة وبنقص في السند الإجتماعي. بينما أسفرت دراسة " **Kandel** " **(1988)** نقلا عن **(طايبيÛ 1998Û ţ 83)** أن المراهقين الذين لا ينتمون إلى أي جهازمساندة والذين يفتقرون إلى الموارد النفسية، قد يشعرون بالإكتئاب والإنعزال فيتوجهون إلى المخدرات.

وفي هذا السياق، هناك من يرى أن المدمنين هروبين لا يقدرون على مواجهة وقائع الحياة ومشكلاتها، ويرى آخرون أن المدمنين يتسمون بالخوف والإنسحاب من الحياة، ومكتئبون، تتسم حياتهم بمحاولات إنتحارية متكررة والكثير منهم يميلون إلى إلحاق الأذى بذواتهم **(الحجارÛ 1998Û ţ 194).**
ففي دراسة أجرتها " **عفاح عبد المنعم** " **(1999Û ţ 322)**على المدمنين وجدت أن سماتهم تتصف بالسلبية في التعامل مع الواقع، و بالإتكالية، وعدم القدرة على التوفيق بين رغباته وواقعه، والشعور بالعجز والنقص والدونية، والعجزعن إقامة علاقات إجتماعية سليمة، فهو يتسم بالإنسحاب من الواقع والهروب منه، كما توصلت إلى أن المدمن له طبيعة إنسحابية و تعامل سلبي مع الواقع الذي يعيţ فيه، وعدم القدرة على تحمل المشاكل والمواقف الضاغطة فيستخدم المخدر كوسيلة تكيفية بدلا من إقتحام الواقع والتكيف معه. فالإخفاق في الحياة بسبب العجز عن مواجهة الظروف الصعبة وتسلل اليأس إلى الشخص يدفع به للهروب فيتجه للمخدرات، لذلك أعتبر تعاطي المخدرات طريقة لنسيان ما يعانيه الفرد من الهموم والمشاكل وصعوبات الحياة **(ژباريÛ 1999Û ţ 45).**

8- 4 إستراتيجيات المواجهة والآضطراب النفسي- الجسدي

في دراسة قام بها كل من "**Felton** " و"**Revenson** " و"**Hinrichsen**" **(1984)** نقـلا عن **(Folkman & lazarus, 1988, P23)** بهدف فحص وتقييم إستعمال إستراتيجيات المواجهة لدى مجموعة من الراشدين يعانون من أمراض مزمنة مشخصة طبيا وهي إرتفاع ضغط الدم، والسرطان، وإلتهاب المفاصل الروماتزمي ومرض السكرّي بإستعمال مقياس لإستراتيجيات المواجهة، فأسفرت النتائج وجود إختلاف في إستعمال أساليب المواجهة وعلاقتها بالتوافق النفسي،حيث إرتبطت إستراتيجية البحث عن معلومات (مواجهة فعالة) بوجدان إيجابي، في حين إرتبطت إستراتيجيات التجنب، والتوبيخ والتفريغ الإنفعالي بوجدان سلبي، وتقدير واطىء للذات وتوافق ضعيف مع المرض.

5-8 إستراتيجيات المواجهة ومرض الربو:

إهتمت العديد من الدراسات بإستراتيجيات المواجهة التي يستعملها مرضى الربو، إما للتوافق مع مرضهم أو مع ضغوط الحياة الأخرى. ففي دراسة لكل من "**Maes**" و "**Schlosser**" **(1987)** توصل إلى أن هناك ثلاث أنواع من أساليب المواجهة يستعملها مرضى الربو عند تعريضهم للنوبات الربوية، وهي إستراتيجية تهدف لتقليص أثر النوبة، وأخرى للتأثير بصفة عقلانية على النوبة وأخيرا إستعمال إستجابات مواجهة إنفعالية محضة. كما أظهرت دراسات أخرى مثل دراسة " **Parker**" و"**Endler**" **(1990)** أن من بين إسترتيجيات المواجهة المستعملة من طرف مرضى الربو نميز الإسترتيجيات الإنفعالية وأكثرها تـ واترا إستراتيجية التجنب واليأس. وأكدت دراسة "**Maes**" **(1987)** أن مرضى الـ ربو أكثر إستعمالا

لإسترتيجيات المواجهة المركزة على الإنفعال في حياتهم اليومية، وإن الإستجابة إنفعاليا لنوبة ربوية تنبؤ بنوعية حياة سيئة. وتتفق هذا النتائج مع ما توصلت إليه دراسة " **Yellowlees** " وأخرون **(1988)** التي أجريت على **25** مريض بالربو إجتازوا نوبات ربوية شديدة وحديثة، أظهرت بأنهم يتميزون بإستعمال إستراتيجيات مواجهة ترتكز على النفي والرفض تجاوزا حتى مرضهم.

وعلى صعيد آخر، هدفت الدراسة التي قام بها " **Coussongelie** " وآخرون **(1998)** معرفة ما هي أنواع إسترتيجيات المواجهة الأكثر إستعمالا من طرف مرضى الربو لمواجهة الوضعيات الضاغطة مقارنة بمجموعة عادية، حيث نصت فرضياته بأن مرضى الربو يلجؤون إعتياديا إلى المواجهة المركزة على الإنفعال عند مواجهة الصعوبات والمشاكل، ولتأكيد فريضياته طبق مقياس "**Lazarus**" و"**Folkman**" **(1980)** على عينة حجمها 996 فردا تتوزع على **116** مريض بالربو و**880** شخص عادي (مجموعة ضابطة)، أسفرت نتائج هذا الدراسة وجود فروق دالة في إستعمال المواجهة التي تركز على الإنفعال بين المجموعتين، أي أن مرضى الربو أكثر إستعمالا لإستراتيجيات المواجهة التي تركز على الإنفعال حيث عادة ما يستجبون بالتجنب وضبط التوتر الإنفعالي الناتج عن الوضعية الضاغطة، كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة بين مرضى الربو والعاديين في إستعمال إستراتجيات المواجهة التي تركز على المشكل وإستراتيجية البحث عن سند اجتماعي، كما سمح تحليل نفس الدراسة إيضاθ وجود فروق في إستعمال إستراتيجيات المواجهة حسب الجنس، فالنـساء أكثر لجوء إلى الإستراتيجيات الإنفعالية والبحث عن سند إجتماعي، وتفسير ذلك حسب "**Coussongelie**" وآخرون **(1998)** أن هذا الفروق ترجع إلى العوامل الثقافية للصورة الأنثوية، فالمرأة بإمكانها التعبير عن مظاهر إنفعالية ولاعقلانية كالبكاء، وتمني حدوث معجزة أو طلب دعم ومساعدة من المحيط، أما الرجل عليه أن لا يعبر عن إنفعالاته ويكون لديه أفكار عقلانية وبناءة. وعليه، فقد سمحت هذا الدراسة التعرف على الإستراتيجيات العامة للمواجهة المستعملة من طرف مرضى الربو لمواجهة الوضعيات الضاغطة، وهي لا تختلف عن تلك التي يستعملها المجتمع العادي، غير أنهم أكثر إستعمالا للمواجهة التي تركز على الإنفعال.

9- العلاقة بين تدبير حل المشكلات وبعض الاضطرابات الانفعالية

برز3 أسلوب حل المشكلات في التراث السيكولوجي بإعتبارا متغيرا هاما في تطوير وإبقاء الإضطرابات النفسية عامة والإضطرابات الوجدانية خاصة، فمن الناحية التاريخية إرتبط أسلوب حل المشكلات بالصحة العقلية، حيث وجد "**Levine**" و"**Spivack**" **(1963)** نقلا عن **فايد** (**2000û ţ 266**) أن المراهقين المندفعين ذوي الإضطرابات السلوكية يتسمون بأداء منخفض على مقياس حل المشكلات الشخصية.

كما لاحظ "Neuringer" و"Levenson" **(1971)** نقلا عن **فايد** (2000Û ţ 267) وجود علاقة بين الإتجاه نحو الإنتحار والقصور في مهارات حل المشكلات. وتشمل مهارات حل المشكلات حسب "Elliott" **(1992)** القدرة على البحث عن المعلومات، وتحليل الموقف بغرض تحديد المشكلة، وإقتراح الحلول الممكنة للمشكلة، وموازنة هذه الحلول وفقا للنتائج المرغوب فيها أو المتوقعة، وتنفيذ الحل المناسب (**نقلا عن فايدÛ 2000Û ţ 268**). كما أشار التراث السيكولوجي في مجال حل المشكلات إلى أن الأفراد ذوي الحل الفعال للمشكلات يتسمون بالمواجهة المركزة على المشكل وينمون إستراتيجيات معنية تتكون من أنماط سلوكية مصممة لتخفيض أو إنهاء المشكلة التي يقابلونها وهذا يؤدي بدوره إلى تخفيض الإنفعال السلبي لديهم، وعلى النقيض تماما فإن الأفراد ذوى الحل غير الفعال للمشكلات يتسمون بالمواجهة المركزة على الإنفعال، ويتأثرون بشدة بحالة الإنفعال السلبي، وينشغلون بسلسلة من الأنماط السلوكية المصممة لتخفيض أو التخلص من ردود الفعل للإنفعال السلبي أكثر من إنشغالهم بتناول المشكلات التي أدت إلى الإنفعال السلبي لديهم (**فايدÛ 2000Û ţ 270**).

وفي دراسة أجريت من قبل "Yong" و"Clum" **(1994)** بهدف دراسة التفاعل بين كل من القدرة على حل المشكلات والإكتئاب، واليأس، ومستويات الضغوط المدركة في التنبؤ بتصور الإنتحار لدى طلاب الجامعة، أسفرت الدراسة إلى أن الحل غير الفعال للمشكلات قد يؤدي الى الإكتئاب واليأس اللذين يؤديان بدورهما إلى تصور الإنتحار، فالحل الفعال للمشكلات التي نتعرض لها في الحياة اليومية يلعب دورا هاما في التوافق الجيد والسعادة. بينما أسفرت نتائج دراسة " **Larson** " وآخرون **(1992)** عن وجود إرتباط سالب بين الحل غير الفعال للمشكلات وتقدير الذات، بينما جاء الإرتباط موجبا بين الحل غير الفعال للمشكلات ونقد الذات (**نقلا عن فايدÛ 2000Û ţ 271- 277**).

10- المساندة الإجتماعية كمتغير وسيط بين الضغوط والصحة النفسية

وجد أن هناك متغيرات أخرى في السياق النفسي-الإجتماعي للأفراد يمكن أن تقوم بدور الحماية أو الوقاية من الدور السلبي الذي تقوم به الأحداث والمواقف السلبية التي يتعرضون لها، حيث تؤدي إلى خفض الآثار السلبية لتلك الأحداث المنفرة على الصحة النفسية. وقد حظيت المساندة الإجتماعية بإهتمام كبير من جانب الباحثين من بين هذه المتغيرات النفسية الإجتماعية، وذلك لأن الدعم الإجتماعي الذي يتلقاه الفرد من خلال الجماعات التي ينتمي إليها كالأسرة، والأصدقاء والزملاء، تقوم بدور كبير في خفض الأثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها، لذلك تعتبر المساندة الإجتماعية عاملا هاما في صحة الفرد، كما أن غياب هذه المساندة أو إنخفاضها يمكن أن تنشط الآثار السلبية للأحداث الضاغطة التي يتعرض لها الفرد، مما يؤدي إلى إختلال الصحة النفسية لديه.

ويذهب "Russell" و"Cutrona" (1990) نقلا عن **فايد (2000Û ţ 339)** إلى أن المساندة الإجتماعية وإتاحة علاقات إجتماعية مرضية تتميز بالحب، والود والثقة تعمل كحواجز ضد التأثير السلبي للضغوط على الصحة الجسدية والنفسية.

في هذا السياق، أشار "Rutter" (1991) نقلا عن **فايد (2000Û ţ 349)** إلى أن العلاقة التي يسودها الحب والدفء، بالإضافة إلى أنها تمثل مصدرا للوقاية من الآثار السلبية الناتجة عن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة، فإنها ترفع من تقدير الفرد لذاته وفاعليته، وهما عاملان واقيان يساعدان الفرد على مواجهة الأحداث الضاغطة، ويخففان من الأثار المترتبة على التعرض لها، أما إدراك الفرد لعدم وجود دعم إجتماعي فإنه يشعر بعدم القيمة وعدم القدرة على المواجهة، وتكون هنا بداية ظهور الأعراض الإكتئابية حيث يفتقد الفرد الشعور بالقيمة ويفتقد السند عند المحنة. كما توصل "Dverholser" وآخرون (1990) إلى وجود علاقة سالبة بين حجم المساندة الإجتماعية وضغوط الحياة، و إن إنخفاض حجم الدعم الإجتماعي وزيادة ضغوط الحياة يؤثران في شدة الشعور بالأعراض الإكتئابية لدى الراشدين، ويضيف كل من"De-wilde " وآخرون (1994) إلى أن المراهقين مرتفعي الإكتئاب من محاولي الإنتحار قد صرحوا وقرروا إنخفاضا في حجم الدعم الإجتماعي من الأسرة وشدة ضغوط الحياة **(نقلا عن فايدÛ 2000 ţ 342- 344).** ويبدو مما سبق أن مجرد إدراك الفرد أنه يستطيع الركون إلى شخص ما للمساعدة، فإن هذا من شأنه أن يخفض من الضغوط الواقعة عليه، إذا، للمساندة الإجتماعية أثر مخفض لنتائج الأحداث الضاغطة، لذلك يزداد إحتمال التعرض للإضطرابات النفسية كلما تقص مقدار الدعم، وعليه تكمن وظيفة المساندة الإجتماعية في الوقاية ضد التأثيرات السلبية للضغوط على الصحة النفسية.

1-10 المساندة الاجتماعية والاكتئاب

أشارت العديد من الدراسات إلى وجود إرتباط بين حجم المساندة الإجتماعية وظهور الأعراض الإكتئابية، فقد قام كل "Billings " و" Moos " (1984Û ţ 878) بدراسة الضغوط وطرق مواجهتها والإمدادات الإجتماعية لدى مرضى الإكتئاب، وتوصلا إلى أن هناك علاقة موجبة ودالة بين شدة الإكتئاب والأحداث السالبة، كما توصلا إلى وجود علاقة سالبة ودالة بين شدة الإكتئاب ونوعية العلاقة الشخصية. كما أسفرت دراسة " Cutrona " (1986Û ţ 206) إلى أن الأفراد الذين يتمتعون بعلاقات تمكنهم من الحصول على مساندة إجتماعية أكبر، كان الإكتئاب الموجود لديهم في أعقاب حوادث ضاغطة ومؤلمة أقل من اللذين إفتقدوا مثل هذا العلاقات، وبالتالي إفتقدوا الإمكانات التي تساعدهم على مواجهة الظروف القاسية التي تسببها الضغوط. بينما توصلت دراسة " Dean " وأخرون (1990) نقلا عن **فايد (2000Û ţ 344-345)** التي هدفت إلى التعرف على الدور الوقائي للمساندة الإجتماعية من

مصادر مختلفة على الإكتئاب، أشارت النتائج أن أحداث الحياة تؤثر بشكل موجب دال على زيادة الأعراض الإكتئابية، وأن هناك إرتباط بين المساندة الإجتماعية المنخفضة وزيادة الأعراض الإكتئابية، بينما إرتبطت المساندة الإجتماعية المرتفعة بأعراض إكتئاب أقل. كما أجرى " **Holahan** " و"**Moos** " **(1991)** نقلا عن **فايد (2000، 346)** دراسة بهدف فحص الدور الوسيط الذي تلعبه كل من المصادر الشخصية والإجتماعية بين ضغوط الحياة والأعراض الإكتئابية، فأسفرت النتائج على أن سمات الشخصية (كالثقة في النفس والتساهل)، والمساندة الأسرية الإيجابية هي بمثابة عوامل وقائية تخفف من وقع الضغوط المرتفعة على الأفراد ومن هنا، يرى الباحثان أن الأفراد ذوي الضغوط المرتفعة قد لا يعانون من الأعراض الإكتئابية خاصة في حالة وجود سمات شخصية إيجابية ومساندة أسرية حقيقة.

11- أثر الضبط الانفعالي على الصحة النفسية والجسدية

يرى الطب السيكوسوماتي بأن الإنفعالات وبالأخص الضبط والقمع الإنفعالي يمكن أن يكون له أثار فيزيولوجية ضارة تزيد من خطر الإصابة بالمرض، وقد دعمت عدة أدلة تجريبية هذا الإعتقاد، حيث أشارت أن الضبط المفرط لإنفعالات الغضب، والعدوانية أوالقلق يرتبط بأنماط عديدة من الإضطرابات السيكوسوماتية مثل الربو (**Izard** وآخرون،**1987**)، وإلتهاب المفاصل (**1981,Grawford**) والشقيقية (**Passchier وآخرون، 1988**) ومرض السرطان، كما وضحت دراسة "**Solomon**" وآخرون **(1990)** نقلا عن **(Kotler et al, 1994, P223)** بأن اللجوء إلى إستعمال الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال في الوضعيات الضاغطة والتي تتضمن ضبط الإنفعالات عوض التعامل مع مصدر الضيق، مما يزيد من خطر الإصابة بالأمراض الجسدية. لذلك فإن اللجوء إلى أسلوب ضبط الإنفعالات وقمعها وبالأخص السلبية منها عند التعرض للموقف الضاغط، تعرض الفرد لخطر الإصابة بالمرض النفسي والجسدي من خلال مواجهة الضغط بإستجابات مواجهة تركز على الإنفعال (ضبط إنفعالي) عوض التعامل مع مصدر الضغط **(Kotler et al, 1994, P224).** وفي دراسة قام بها "**Freudnbeig**" وآخرون **(1985)** نقلا عن **(Ehlers et al, 1994, P109)** لاحظوا وجود عجز للتعبير الوجهي للإنفعالات خلال التعرض للضغوط الإجتماعية (العلاقات الإجتماعية مع الآخرين) لدى 18 طفل مصاب بالربو مقارنة بأقرانهم العاديين.

نستخلص مما تقدم أهمية دراسة سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة عند الحديث عن العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة النفسية والجسدية، كما تسمح لنا هذا المتغيرات فهم الإختلافات بين الأفراد في الإستجابة للضغط وبالتالي الحفاظ على الصحة أو الإصابة بالمرض. وسنحاول من خلال البحث الحالي فحص بعض سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة كمتغيرات معدلة للعلاقة بين الضغوط النفسية والصحة النفسية والجسدية بإجراء دراسة مقارنة بين الأسوياء والمرضى في هذا المتغيرات.

تـمـهـيـد

يهدف البحث الحالي فحص دور كل من سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة النفسية والجسدية. وللإجابة عـن تساؤلات هذا البحث وإختبار صحة فروضه، خصصنا باب ثاني يضم الجانب الميداني ويشمل ثلاث فصول أساسية، إهتم الفصل الأول بمنهج البحث وإجراءاته التطبيقية وخصص الفصل الثاني والثالث لعرض مختلف نتائج الدراسة الحالية ومناقشتها وتفسيرها.

فيما يلي الفصل المتعلق بمنهج البحث وإجراءاته، حيث تطرقنا فيه إلى منهج البحث وتصميمه، والعينة وطريقة إختيار أفرادها وخصائصها مـع وصف مكان إجراء البحث والكيفية المتبعة في ذلك، عرض مختلف وسائل القياس المستعملة، كما تطرقنا إلى دراسة صلاحية المقاييس من حيث صدقها وثباتها بمدينة عنابة بإستعمال طريقة تطبيق وإعادة تطبيق الإختبار وأخيرا عرض مختلف المعالجات الإحصائية المتبعة لتحليل النتائج.

1- منهج البحث وتصميمه

يهدف البحث الحالي دراسة سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة كمتغيرات معدلة للعلاقة بين الضغوط النفسية والصحة النفسية والجسدية، ولتحقيق هذا الهدف قامت الباحثة الحالية بإجراء دراسة مقارنة لفحص مدى دلالة الفروق بين مجموعة عادية (سوية، غير مرضية) ومجموعة مرضية فـي شدة الضغط النفسي، وبعض سمات الشخصية مـن تقدير وفعالية الذات وسمة القلق، ومختلف إستراتيجيات المواجهة المستعملة بين المجموعتين فـي إدارة هذا الضغوط. كما إهتم هذا البحث بفحص الإرتباطات بين الضغط النفسي وكل من سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة لدى العاديين والمرضى على حد سواء لفهم كم وإتجاه هذا الإرتباط.

ونظرا لكون البحث الحالي يهتم بإجراء مقارنة بين عدة مجموعات فـي بعض المتغيرات النفسية، إستخدمت الباحثة الحالية المنهج المقارن الذي يعتمد عـلى طريقة بحثية تتضمن مجموعة مـن الإجراءات التي تعمل فـي إتجاه معرفة خصائص وتفسير الفروق بين مجموعتين أو أكثر في جانب أو متغير معين إعتمادا عـلى الإختلاف فـي متغير مستقل، والتشابه في بقية المتغيرات التي تؤثر أو يحتمل أن تؤثر في المتغير التابع **(نقلا عن الرشيديÛ 2000Û ţ 88)**. وعليه، يهتم المنهج المقارن بفحص جوانب التشابه والإختلاف بين الظواهر حـتى يتسنى للباحث أن يكتشف العـوامل الأساسية التـي تؤثر فـي الظواهر، حينئذ يسعى الباحث إلـى الكـشف عـن الفروق عـن طريق المقارنة بين

المجموعات بالنسبة لمتغيرات الدراسة، كما يتضمن هذا المنهج المقارنة بين مجموعتين مختلفتين بالنسبة لمتغير مستقل ومـن ثم العمل عـلى مقارنتهما بالنسبة لمتغير تابع، ويتضمن تحليل نتائج بيانات المنهج المقارن إستخدام مجموعة مـن الأساليب الإحصائية الوصفية والإستدلالية المختلفة لغرض دراسة دلالة الفروق، بحيث تتم مقارنة المتوسطات الحسابية بإستخدام إختبار (ت) أو تحليل التباين وذلك بحسب عدد المجموعات الداخلة فـي الدراسة **(ملحم، 2000، ص 354-355).**

فيما يخص تصميم البحث، إعتمدت الباحثة في الدراسة الحالية على تصميم "**Expost-Facto** " لأنها بصدد قياس تأثير متغيرات مستقلة ليس لها أي دخل فـي إحداثها فـي متغير تابع موجود قبلا، فهي تجربة تجرى بعد تقديم العامل المراد قياس تأثيرا، لذلك أطلق عليها إسم " التجربة البعدية". وتعد هذا الطريقة حسب **العيسوي (1974)** جمع للمعلومات أو المعطيات بعد أن يكون أحد العوامل المستقلة قد توقف عـن التأثير، وتستخدم فـي الحالات التي لا يمكن إخضاع المتغيرات المستقلة للتصميم التجريبي المحكم أو تكوين مجموعات قبل حدوث التأثير المراد قياسه، ففـي طريقة التجربة البعدية يكون الحدث الذي يرغب الباحث دراسته قد وجد منذ سنوات طويلة وعليه إلا أن يجمع المعطيات حوله لمعرفة تأثير المتغيرات الظاهرة صدد الدراسة.

2- العينة

2 – 1 طريقة إختيار العينة

إعتمدت الباحثة فـي إختيار أفراد عينة البحث الحالي عـلى أسلوب العينة المقصودة والملائمة، وهي عينة يتم إختيارها بأسلوب غير عشوائي. ويعرف **عبيدات** وآخرون **(1999)** العينة المقصودة بأنها الطريقة التي يتم إنتقاء أفرادها بشكل مقصود مـن قبل الباحث نظرا لتوافر بعض الخصائص فـي أولئك الأفراد دون غيرهم ولكون تلك الخصائص هي مـن الأمور الهامة بالنسبة للدراسة، كما يتم اللجوء لهذا النوع مـن العينة فـي حالة توافر البيانات اللازمة للدراسة لدى فئة محددة مـن مجتمع الدراسة الأصلي، وهي عينة ملائمة لأنه يعطى لعناصر مجتمع الدراسة الأصلي حرية المشاركة فـي البحث، حيث يتم الإختيار بناء عـلى أول مجموعة يقابلها الباحث وتوافق عـلى المشاركة فـي الدراسة ويختار منها عدد مفردات العينة المطلوبة ولكن بشروط محددة تضمن تمثيلا معقولا لمجتمع البحث، ويتميز هذا النوع مـن العينة بالسهولة فـي إختيار العينة وإنخفاض التكلفة والوقت والجهد المبذول مـن الباحث، كما يتميز بسرعة الوصول لأفراد الدراسة والحصول عـلى النتائج **(عبيدات وآخرون، 1999، ص 95-96).**

تم الإعتماد على أسلوب العينة المقصودة والملائمة في إختيار أفراد المجموعة العادية (غير المرضية) والمجموعة المرضية، وعليه إنتقت الباحثة **285** فـردا توزعوا إلـى مجـموعـتين:

أولها: المجموعة العادية وعددها **117** فردا، تم جمع أفرادها مـن مركز التكوين المهني، والإقامة الجامعية ومركز الحماية المدنية.

ثانيهما: المجموعة المرضية وتشمل **168** مفحوصا، إعتمد إختيارنا لأفرادها عـلى الأساس الطبي مـن حيث تعاون الأطباء لخبرتهم المهنية ولتخصصهم فـي متابعة وعلاج أمرا ض الربو، والسكري، والإدمان عـلى المخدرات ومحاولات الإنتحار، وأيضا لتخصص المصالح الصحية التي يتردد عليها لمرضى، كما تم الإعتماد عـلى الجانب الوثائقي المتمثل فـي الملفات الطبية للمرضى التي تثبت وجود الإصابة.

وسيتم فيما يلي التطرق إلـى أماكن إجراء البحث الحالي مـع ذكر أسباب إختيارها لجمع أفراد العينة (العادية أو المرضية) والكيفية التي تم مـن خلالها إجراء الدراسة.

* المجموعة العادية:

بلغ العدد الإجمالي لأفرادها **117** فردا تم جمعهم مـن ثلاث أماكن مختلفة وهي كالتالي:

- **ملحقة التكوين المهني سيدي عمار بعنابة:** التابعة للمعهد الوطني المتخصص فـي التكوين المهني والتمهين الذي فتح أبوابه سنة **1999**، ويضم تخصصين الإعلام الآلي والإلكترو تقني. وتم جمع **62** فردا مـن ثلاث أقسام (سنة أولى إعلام آلي، سنة ثانية إعلام ألي وسنة ثانية إلكتروتقني)، وكان التطبيق جماعي لكل قسم عـلى حدى خلال ساعة كاملة (بين 40 إلى 60 دقيقة).

- **الأقامة الجامعية 600 سرير الشايع الحجار** بجامعة باجي مختار عنابة بسيدي عمار، وتم إنتقاء **40** طالبة جامعية مـن تخصصات متعددة، وكان التطبيق جماعي أيضا.

- **مركز الحماية المدنية بعنابة،** وتم جمع **15** فردا مـن أعوان الحماية المدنية كلهم ذكور مـن مستويات تعليمية مختلفة، وكان التطبيق فرديا.

وكان الغرض مـن تنويع أماكن جمع أفراد هذا المجموعة هو الحصول عـلى أفراد مـن الجنسين، مـن مستويات تعليمية مختلفة مـن طلاب ومتربصين وموظفين لتكون المجموعة أكثر تمثيلا.

*** المجموعة المرضية:**

يبلغ العدد الإجمالي لأفراد هذا المجموعة **168** مفحوصا ويتوزعون إلى أربعة مجموعات فرعية وهي مرضى الربو، ومرضى السكري، والمدمنيين على المخدرات ومحاولي الإنتحار. وعليه، تم جمع أفراد هذا المجموعات من مصالح صحية متخصصة ومتعددة وهي كالتالي:

- **مصلحة الاستعجالات الطبية للعيادة المتعددة الخدمات العربي خروع** بمدينة عنابة لجمع **52** مريض بالربو من الجنسين، وكان التطبيق فرديا وكل مفحوص على حدى.

- المستشفى النهاري لمرضى السكري التابع للعيادة المتعددة الخدمات "**العربي خروع**" بمدينة عنابة، وتم إنتقاء **49** حالة مريض بالسكري من الجنسين، وكان التطبيق فرديا أيضا لكل الحالات.

- **المركز الوسيط لمعالجة الادمان بوخضرة بعنابة** الذي أنشأ سنة **1999** من طرف اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات والإدمان عليها، وتم جمع **47** مدمن على المخدرات من الجنسين، وكان التطبيق فرديا لوسائل القياس.

- **مصلحة الانعاش الطبي بمستشفي إبن سينا الجامعي** بمدينة عنابة، وتم إنتقاء **20** حالة محاولة الإنتحار من الجنسين، وكان تطبيق وسائل القياس فرديا.

تمتاز هذا المصالح الصحية بكونها متخصصة في تشخيص وعلاج أمراض الربو، والسكري، والإدمان على المخدرات ومحاولات الإنتحار، كما أنها تشمل على أطباء متخصصين وبعضها يشمل على أخصائي نفسي، وهذا ما جعلنا نختار هذا القطاعات الصحية لجمع أفراد المجموعة المرضية، وتم تطبيق البطارية المكونة من إستبيان وعدة مقاييس نفسية في جلسة واحدة كل على حدا وذلك أثناء إستشفائهم أو ترددهم على المصالح الصحية طلبا للعلاج. وسيتم فيما يلي عرض أهم خصائص عينة الدراسة الحالية.

2-2 خصائص العينة.

*** البيانات الشخصية والاجتماعية:**

سنورد فيما يلي الجداول التي توضح خصائص عينة البحث الحالي بعد تفريغ الإستبيانات للمجموعتين العادية (غير المرضية) والمرضية، التي بدورها تضم أربعة مجموعات فرعية مرضية منها مرضى الربو والسكري، والمدمنين على المخدرات ومحاولي الإنتحار. وتتمثل هذا الخصائص في البيانات الشخصية والإجتماعية التالية:

* **الجنس:** يوضح الجدول التالي توزيع أفراد عينة البحث حسب الجنس.

جدول رقم (06): توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

المجموعة / الجنس	العاديين	المرضى				المجموع
		الربو	السكري	المدمنين على المخدرات	محاولة الانتحار	
ذكور	33	22	24	42	02	123
إناث	84	30	25	05	18	162
المجموع	117	52	49	47	20	285

يبلغ الحجم الكلي لعينة البحث الحالي **285** فردا، صنفوا من حيث الجنس إلى **123** ذكورا و**162** إناثا. وتتوزع العينة إلى مجموعتين:

أولاهما: المجموعة العادية (غير مرضية)، وتشمل **117** فردا (**33** ذكور و**84** إناثا).

ثانيهما: المجموعة المرضية وتشمل **168** مفحوصا (**90** ذكورا و**78** إناثا). وتتوزع هذه المجموعة المرضية إلى أربعة مجموعات فرعية وهي:

- مرضى الربو وتضم **52** حالة تتوزع من حيث الجنس إلى **24** ذكور و**30** إناث.
- مرضى السكري وتشمل **49** مفحوص، صنفوا من حيث الجنس إلى **24** ذكورا و**25** إناثا.
- المدمنون على المخدرات وعددهم **47** مدمن، منهم **42** ذكور و**05** إناث.
- محاولوا الإنتحار، وتضم **20** حالة تتوزع من حيث الجنس إلى ذكرين **(02)** و**18** إناث.

* **السن:** يوضح الجدول الأتي توزيع أفراد العينة حسب السن، وفقا لأربعة فئات عمرية تمتد من **15** إلى **40** سنة.

جدول رقم (07): توزيع أفراد العينة حسب السن.

المجموعة / الفئة العمرية	العاديين	المرضى				المجموع
		مرضى الربو	مرضى السكري	المدمنين على المخدرات	محاولى الإنتحار	
15- 20	05	13	06	08	04	36
21- 30	100	17	21	32	13	183
31- 35	05	14	08	04	03	34
36- 40	07	08	14	03	00	32
المجموع	117	52	49	47	20	285

يوضح الجدول أعلاه، أن غالبية أفراد عينة البحث يتمركزون في الفئة العمرية بين **21** و**30** سنة بنسبة **64.21 %** **(285/183)** بينما يتوزع الأخرون بنسب متقاربة للفئات العمرية الأخرى نسبة

12.63% للفئة بين 15 و20 سنة، نسبة 11.92 % للشريحة العمرية بين 31 و35 سنة وأخيرا نسبة 11.22 % للفئة بين 36 و40 سنة. وفيما يخص توزيع أفراد العينة حسب السن والمجموعة المرضية أو العادية، فكانت النتائج كما يلي:

- غالبية أفراد المجموعة العادية تتراوح أعمارهم في الفئة بين 21 و30 سنة **(117/100)** بنسبة تقدر بـ **85.47 %** بينما يتوزع الأفراد الآخرون بنسب متقاربة للفئات العمرية الأخرى.

- أما فيما يخص المجموعة المرضية فإن غالبية أفرادها تتراوح أعمارهم في الفئة بين **21** و**30** سنة بنسبة تبلغ **49.40%** ثم تليها نسبة **18.45%** للفئة بين **15** و**20** سنة، ثم نسبة **17.26 %** للشريحة العمرية بين **31** و**35** سنة وأخيرا نسبة **14.88 %** للفئة بين **36** و**40** سنة.

* **الحالة المدنية:** يوضح الجدول التالي توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية

الجدول رقم (08): توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية.

المجموعة / الحالة المدنية	العاديين	المرضى				المجموع
		مرضى الربو	مرضى السكري	المدمنين على المخدرات	محاولة الانتحار	
أعزب	111	37	32	41	16	237
متزوج	06	13	17	05	03	44
مطلق / أرمل	00	02	00	01	01	04
المجموع	117	52	49	47	20	285

تبين لنا الأرقام في الجدول أعلاه، أن غالبية أفراد عينة الدراسة الحالية هم من العزاب (**285/237**) بنسبة تقدر بـ **83.15 %**، ثم تليها فئة المتزوجين بنسبة تبلغ بـ **15.43%**. وأخيرا قدرت نسبة المطلقين والأرامل بـ **1.40 %**. فيما يتعلق بتوزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية للمجموعتين، فكانت النتائج كالتالي:

- غالبية أفراد المجموعة العادية (غير المرضية) من العزاب **(117/111)** بنسبة تقدر بـ **94.87 %** ثم تليها نسبة **5.12 %** من فئة المتزوجين.

- غالبية أفراد المجموعة المرضية من العزاب أيضا (**126 / 168**) بنسبة تبلغ **75 %**، ثم تليها نسبة **22.61 %** من فئة المتزوجين وأخيرا بلغت نسبة المطلقين والأرامل بـ **2.38 %**.

فيما يخص توزيع أفراد المجموعة المرضية حسب الحالة المدنية والمجموعات الفرعية (الربو، السكري، المدمنين عـلى المخدرات ومحاولي الإنتحار) أسفرت النتائج كذلك أن غالبية أفرادها مـن العزاب، فتوزعت النسب كما يلي:

- نسبة **71.15 %** مـن مرضى الربو عزاب.
- نسبة **65.30 %** مـن مرضى السكري مـن فئة العزاب.
- نسبة **87.23 %** مـن المدمنين عـلى المخدرات من العزاب.
- وأخيرا نسبة **80 %** عزاب مـن فئة محاولي الإنتحار.

*** المستوى التعليمي:** فيما يلي توزيع أفراد عينة البحث وفقا للمستوى التعليمي.

جدول رقم (09) : توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي .

المجموعة / المستوى التعليمي	العاديين	المرضى				المجموع
		مرضى الربو	مرضى السكري	المدمنين على المخدرات	محاولة الانتحار	
إبتدائي	00	06	05	06	02	19
متوسط	01	20	16	27	09	73
ثانوي	55	20	19	03	06	103
جامعي	61	06	09	11	03	90
المجموع	117	52	49	47	20	285

يوضح الجدول أعـلاه، أن غالبية أفراد عينة البحث الحـالي مـن المستوى التعليمي الثانوي بنسبة تقدر بـ **36.14 % (285 / 103)**، ثم تليها نسبة **31.57 %** مـن المستوى التعليمي الجامعي، تليها نسبة تبلغ **25.61 %** ذوي المستوى التعليمي المتوسط وأخيرا يبلغ عدد الأفراد ذوو مستوى إبتدائي بـ **19** فرد بنسبة تقدر بـ **6.66 %**.

- غالبية أفرا د المجموعة العادية (غير المرضية) مـن المستوى التعليمي الجامعي **(117/61)** بنسبة تبلغ **52.13 %**، ثم تليها نسبة **47 %** **ذوو** مستوى ثانوي وأخيرا قدرت نسبة الأفراد الذين لديهم مستوى تعليمي متوسط بـ **0.85 %**.

- فيما يخص توزيع أفراد المجموعة المرضية حسب المستوى التعليمي، أسفرت النتائج عـلى أن غالبية أفراد المجموعة مـن المستوى التعليمي المتوسط **(72 / 168)** بنسبة تقدر بـ **42.85 %**، ثم تليها نسبة **28.57 %** مـن المستوى التعليمي الثانوي، بينما قدرت نسبة الأفراد ذوي مستوى تعليمي جامعي بـ **17.26 %** وأخيرا بلغت نسبة تقدر بـ **11.30 %** مـن ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي.

*** المهنة:** يوضح الجدول التالي توزيع أفراد العينة حسب الوضعية المهنية.

الجدول رقم (10): توزيع أفراد العينة حسب المهنة.

المجموعة / المهنة	العاديين	المرضى: مرضى الربو	مرضى السكري	المدمنين على المخدرات	محاولة الانتحار	المجموع
موظف	**15**	**19**	**14**	**18**	**06**	**72**
طالب/ متربص	**101**	**13**	**12**	**12**	**04**	**142**
بطال	**01**	**20**	**23**	**17**	**10**	**71**
المجموع	**117**	**52**	**49**	**47**	**20**	**285**

تبين لنا الأرقام الموضحة في الجدول أعلاه، أن غالبية أفراد عينة الدراسة الحالية والتي تقدر بنسبة **49,82 % (285/142)** من فئة الطلبة والمتربصين في التكوين المهني، ثم تتبعها نسبة **25,26 %** من الأفراد الذين يمارسون وظيفية معينة (تاجر، أستاذ، حماية مدنية، عامل يومي، حارس وميكانيكي...إلخ) وأخيرا سجلت نسبة **24, 91 %** من الأفراد العاطلين عن العمل من بينهم النساء الماكثات بالبيت. و فيما يلي توزيع أفراد العينة حسب المهنة لمجموعتي البحث، فكانت النتائج كالآتي:

- غالبية أفراد المجموعة العادية من فئة الطلبة والمتربصين**(117/101)** بنسبة تقدر بـ **86, 32 %** وأتبعت بنسبة تقدر بـ **12,82 %** من الأفراد الذين يمارسون مهنة معينة وأخيرا سجلت نسبة **0,85 %** من فئة البطالين.
- غالبية أفراد المجموعة المرضية من فئة البطالين بنسبة تبلغ **41,66 %**، ثم تليها نسبة **33,92%** من الأفراد الذين يمارسون وظيفية معينة وأخيرا بلغت نسبة الطلبة والمتربصين **24,40 %.**

*** عدد أفراد العائلة:** يوضح الجدول التالي توزيع أفراد عينة البحث حسب حجم الأسرة.

جدول رقم (11): توزيع عينة البحث حسب عدد أفراد العائلة.

عدد أفراد العائلة	العاديين	المرضى: مرضى الربو	مرضى السكري	المدمنين على المخدرات	محاولة الانتحار	المجموع
اقل من 5	**10**	**06**	**10**	**07**	**05**	**38**
بين 6- 10	**94**	**38**	**34**	**31**	**14**	**211**
أكثر من 10	**13**	**08**	**05**	**09**	**01**	**36**
المجموع	**117**	**52**	**49**	**47**	**20**	**285**

يبين الجدول أعلاه، أن غالبية أفرا د البحث الحالي من أسر ذات حجم متوسط (من **6** إلى**10** أفراد)، حيث قدرت النسبة بـ **74,03 % (211 / 285)**، ثم تليها نسب متقاربة تبلغ **13,33%** من الأفراد

الذين ينتمون لأسر صغيرة الحجم (أقل مـن 5 أفراد)، ونسبة تقدر بـ **12,63 %** لأفراد ينتمون لأسر كبيرة الحجم (أكثر من **10** أفراد في العائلة). وفيما يخص توزيع أفراد مجموعتي البحث (العادية والمرضية) حسب حجم الأسرة، فكانت النتائج كما يلي:

- غالبية أفراد المجموعة العادية مـن أسر ذات حجم متوسط بنسبة تقدر بـ **80,34 %**، ثم تتبعها نسبة تبلغ **11,11 %** لأفراد ينتمون لأسر كبيرة الحجم وأخيرا سجلت نسبة **8,54 %** لأفراد مـن أسر صغيرة الحجم.

- أما فيما يخص المجموعة المرضية فإن غالبية أفرادها مـن أسر متوسطة الحجم بنسبة تقدر بـ **69,64 % (117/ 168)**، ثم تليها نسبة **16,66 %** لأفراد مـن أسر صغيرة الحجم وأخيرا بلغت نسبة الأفراد الذين ينتمون لأسر كبيرة الحجم بـ **13,69 %**.

* **وضعية الوالدين:** فيما يلي توزيع أفراد عينة البحث وفقا لوضعية الوالدين.

جدول رقم (12): توزيع أفراد العينة حسب وضعية الوالدين

وضعية الوالدين	العاديين	المرضى				المجموع
		مرضى الربو	مرضى السكري	المدمنين على المخدرات	محاولة الانتحار	
يعيشان معا	100	40	32	30	10	212
مطلقان	01	00	00	01	02	04
منفصلا ن	01	00	00	01	01	03
وفاة الأ ب	10	10	14	13	05	52
وفاة الأ م	05	02	03	02	02	14
المجموع	117	52	49	47	20	285

تبين الأرقام الموضحة فـي الجدول أعلاه، أن غالبية أفراد عينة البحث الحالي مـن أسر يعيش الوالدين معا بنسبة تقدر بـ **74,38%** (**212 / 285**)، ثم تليها نسبة **18,24 %** مـن حالات وفاة الأب، ونسبة **4,91 %** مـن حالات وفاة الأم، أما فيما يخص وضعية طلاق الوالدين (**1,40 %**) أو إنفصالهما (**1,05%)** فكانت النسب متقاربة.

كما أسفرت نتائج الجدول (12) لتوزيع مجموعتي البحث حسب وضعية الوالدين عـلى ما يلي:

- غالبية أفراد المجموعة العادية مـن أسر يعيش الوالدين معا بنسة تقدر بـ **85,47 %**.
- غالبية أفراد المجموعة المرضية والتي تقدر بنسبة **66,66 %** مـن أسر يعيش الوالدين معا.

*** مـع مـن تسكن؟:** يوضح الجدول التالي توزيع أفراد عينة البحث حسب الوسط الإجتماعي الذي يعيش فيه مـن حيث السكن مع الوالدين أو بمعزل عنهم أو عند أحد الأقارب.

جدول (13): توزيع الأفراد حسب الوضع الاجتماعي.

الوضع الاجتماعي	العاديين	المرضى				المجموع
		مرضى الربو	مرضى السكري	المدمنين على المخدرات	محاولة الانتحار	
مع الوالدين والأخوة	110	41	35	42	15	243
سكن منعزل عنهم	06	09	13	03	02	33
عند أحد الأقارب	01	02	01	02	03	09
المجموع	117	52	49	47	20	285

يوضح الجدول أعلاه، أن غالبية أفراد الدراسة الحالية يسكنون مـع الوالدين والأخوة بنسبة تقدر بـ **85,26 % (243/ 285)**، ثم تتبعها نسبة تبلغ **11,57 %** يقطنون سكنا بمعزل عـن العائلة وتشمل فئة الأزواج (السكن مـع الزوج أو الزوجة) وأخيرا نسبة **3.15 % (9 /285)** تسكن عند أحد الأقارب وتشمل السكن مـع الجد والجدة أو العم أو زوجة الأب.

كما أسفرت النتائج فيما يخص مجموعتي البحث أن غالبية أفراد المجموعة العادية يسكنون مـع الوالدين والأخوة بنسبة تبلغ **94,01 %** مقابل نسبة تقدر بـ **79,16 %** لأفراد المجموعة المرضية يقطنون مـع والديهم وإخوتهم .

*** نوع السكن:** فيما يلي عرض لنوعية السكن الذي يقطنه أفراد عينة البحث الحالي.

جدول رقم (14): توزيع أفراد العينة حسب نوع السكن.

نوع السكن	العاديين	المرضى				المجموع
		مرضى الربو	مرضى السكري	المدمنين على المخدرات	محاولة الانتحار	
فيلا	15	07	05	07	02	36
شقة	64	30	25	23	10	152
منزل تقليدي	38	15	19	17	08	97
المجموع	117	52	49	47	20	285

يبين الجدول أعلاه، أن غالبية أفراد عينة البحث الحالي يقطنون في شقة بنسبة تقدر بـ **53.33 % (285/152)**، ثم تليها نسبة تبلغ **34.03 %** لأفراد يسكنون فـي منزل تقليدي وأخيرا سجلت نسبة **12.63 %** ممن يقطنون فـي فيلا. كما أسفرت النتائج أن غالبية أفراد مجموعتي البحث سواء المجموعة العادية **(54.70 %)** أوالمرضية **(52.38 %**) يسكنون فـي شقة.

*** عدد الغرف:** يوضح الجدول التالي توزيع أفراد العينة حسب حجم السكن.

جدول رقم (15): توزيع أفراد العينة حسب نوع السكن.

عدد الغرف	العاديين	المرضى				المجموع
		مرضى الربو	مرضى السكري	المدمنين على المخدرات	محاولي الانتحار	
أقل من 3	11	11	14	05	06	47
بين 5- 3	91	36	33	35	11	206
أكثر من 5	15	05	02	07	03	32
المجموع	117	52	49	47	20	285

توضح الأرقام المبينة في الجدول رقم **(15)** أن غالبية أفراد عينة البحث الحـالي لها حجم سكني متوسط (**3** إلـى **5** غـرف) بنسبة تقدير بـ **72.28 %** ونسبة تبلغ **16.49 %** لها حجم سكني ضيق (أقل من **3** غرف) وأخيرا سجلت نسبة **11.22 %** ذات حجم سكني كبير (أكثر من **5** غرف). كما أن غالبية أفراد مجموعتي البحث من حجم سكني متوسط بنسبة **77.77 %** للمجموعة العادية ونسبة **68.45 %** للمجموعة المرضية.

*** المستوى الاقتصادي:** يبين الجدول التالي توزيع أفراد عينة البحث حسب المستوى الإقتصادي.

جدول رقم (16): توزيع أفراد العينة حسب المستوى الاقتصادي.

المستوى الاقتصادي	العاديين	المرضى				المجموع
		مرضى الربو	مرضى السكري	المدمنين على المخدرات	محاولي الانتحار	
ضعيف	04	08	09	07	03	31
متوسط	105	39	35	38	16	233
جيد	08	05	05	02	01	21
المجموع	117	52	49	47	20	285

تبين لنا الأرقام أعلاه، أن غالبية أفراد العينة لها مستوى إقتصادي متوسط بنسبة تبلغ **81.75 %** (**285/233**)، ونسبة **10.87 %** مـن الأفراد لها مستوى ضعيف وأخيرا نسجل نسبة **7.36 %** ذات مستوى إقتصادي جيد. أما فيما يخص توزيع أفراد مجموعتي البحث حسب المستوى الإقتصادي، فقد أسفرت النتائج أن غالبية الأفراد سواء المجموعة العادية (نسبة **89.74 %**) أو المجموعة المرضية (نسبة **76.19 %**) مـن مستوى إقتصادي متوسط.

* **تلوث بيئي ناتج عن المصانع:** يعرض الجدول التالي توزيع أفراد عينة البحث حسب وجود تلوث بيئي نتيجة لوجود مصانع بالمحيط.

جدول رقم (17): توزيع أفراد العينة حسب وجود تلوث بيئي.

وجود تلوث بيئي	العاديين	المرضى				المجموع
		مرضى الربو	مرضى السكري	المدمنين على المخدرات	محاولة الانتحار	
نعم	48	13	09	14	01	85
لا	69	39	40	33	19	200
المجموع	117	52	49	47	20	285

يبين الجدول أعلاه، أن غالبية أفراد عينة الدراسة الحالية تصرح بعدم وجود تلوث بيئي ناتج عن المصانع بنسبة تقدر بـ **70.17 %** مقابل نسبة تبلغ **29.82 %** تصرح بوجود تلوث بيئي ناتج عن وجود مصانع غالبيتها من نوع الحديد والصلب (مركب الحجار)، وأسميدال للمواد الكيميائية (البوني)، وصايدال، والإسمنت، والبلاستيك والأمونياك (سونطراك). كما توضح الأرقام وجود نسبة **41.02 %** من أفراد المجموعة العادية تصرح بوجود تلوث بيئي، مقابل نسبة **22.02 %** لدى المجموعة المرضية.

نستخلص من مختلف الجداول التي تم عرضها سابقا خصائص عينة البحث الحالي في النقاط الأساسية التالية:

- يبلغ الحجم الكلي للعينة **285** فردا، تتوزع إلى مجموعتين أولاها المجموعة العادية (غير مرضية) عددها **117** فردا، و ثانيهما المجموعة المرضية و تشمل **168** مفحوصا.
- تتوزع أفراد العينة من حيث الجنس إلى **123** ذكورا و**162** إناثا، وتتوزع حسب أفراد مجموعتي البحث والجنس كما يلي: **33** ذكورا و**84** إناث للمجموعة العادية، و**90** ذكورا و**78** إناثا للمجموعة المرضية.
- غالبية أفراد العينة يتمركزون في الفئة العمرية بين **21** و**30** سنة سواء في المجموعة العادية أوالمرضية.
- غالبية أفراد مجموعتي البحث من العزاب.
- غالبية أفراد العينة ذات مستوى تعليمي ثانوي، مع بروز المستوى الجامعي لدى المجموعة العادية، والمستوى التعليمي المتوسط لدى المجموعة المرضية.
- غالبية أفراد العينة من فئة الطلبة الجامعيين والمتربصين في التكوين المهني مع بروز نفس هذا الفئة لدى العاديين وفئة البطالين لدى المجموعة المرضية.
- غالبية أفراد مجموعتي البحث من أسر ذات حجم متوسط (بين **6** إلى **10** أفراد).
- غالبية أفراد عينة البحث من أسر يعيش فيها الوالدين معا.

- غالبية أفراد المجموعة العادية والمرضية يسكنون مع الوالدين والأخوة.
- غالبية أفراد العينة من مستوى إقتصادي متوسط.
- غالبية أفراد مجموعتي البحث يقطنون في شقة وذات حجم سكني متوسط (بين **3** إلى **5** غرف).
- تصرح غالبية أفراد عينة الدراسة عدم وجود تلوث بيئي ناتج عن مصانع في محيطهم مع بروز الفئة التي تصرح بوجود مثل هذا التلوث لدى المجموعة العادية مقارنة بالمرضى.

يتضح مما تقدم وجود نوع من التجانس في مختلف الخصائص ولبيانات الشخصية ولإجتماعية والإقتصادية بين مجموعتي البحث الحالي.

* البيانات السلوكية والسوابق المرضية:

بعدما تطرقنا إلى البيانات الشخصية والإجتماعية التي تبين خصائص عينة الدراسة الحالية، سيتم لاحقا عرض مختلف الجداول التي توضح البيانات السلوكية والسوابق المرضية لأفراد مجموعتي البحث. فيما يخص البيانات السلوكية، فقد تطرقنا إلى السلوكات اللاصحية مثل التدخين، وتعاطي الكحول، وتعاطي المخدرات ومحاولات الإنتحار مع ذكر سن بداية التعاطي وأسبابها، أما عن السوابق المرضية، فقد أوردنا فيها وجود إصابة مرضية، ووجود مرض متوارث في العائلة وإصابة أحد أفراد العائلة، و أخيرا تم التطرق إلى وجود معاناة من مشاكل وضغوط حياتية.

ويظهر أهمية التطرق لمثل هذه البيانات والخصائص كونها متغيرات هامة في الإصابة المرضية أوالحفاظ على الصحة، كما تعتبر من العوامل الإستعدادية أو المساعدة على تفجير المرض، ومن جهة أخرى تسمح مثل هذه الخصائص فهم بعض الإختلافات بين المجموعة المرضية والعادية لعينة الدراسة الحالية. فيما يلي عرض لمختلف هذه الخصائص والبيانات حسب مجموعتي البحث.

*** التدخين:** يوضح الجدول التالي توزيع أفراد عينة البحث من حيث تعاطي أو عدم تعاطي السجائر.

جدول رقم (18): توزيع أفراد العينة حسب تعاطي السجائر

التدخين	العاديين	المرضى				المجموع
		مرضى الربو	مرضى السكري	المدمنين على المخدرات	محاولة الانتحار	
مدخن	17	05	08	44	06	80
غير مدخن	100	47	41	03	14	205
المجموع	117	52	49	47	20	285

توضح الأرقام في الجدول أعلاه، أن غالبية أفراد عينة الدراسة الحالية لا يدخنون السجائر بنسبة تقدر بـ **71.92 %** مقابل نسبة **28.07 %** من الأفراد المدخنين، أما نسبة المدخنين لأفراد المجموعة العادية

قدرت بـ **14.52 %**، لترتفع النسبة إلى **37.50 %** لأفراد المجموعة المرضية. كما أسفرت النتائج أن أكثر الأفراد المدخنين للمجموعة المرضية هم من المدمنين على المخدرات بنسبة تبلغ **26.19 % (44 / 168)**. فيما يتعلق بتوزيع أفراد مجموعتي البحث حسب التدخين والجنس فإن فئة الذكور كانت أكثر تواترا مقارنة بالإناث.

*** سن التدخين:** يوضح الجدول الآتي توزيع الفئة المدخنة حسب سن بداية التدخين.

جدول رقم (19): توزيع الأفراد المدخنين وفق سن بداية التدخين.

سن بداية التدخين	العاديين	المرضى				المجموع
		مرضى الربو	مرضى السكري	المدمنين على المخدرات	محاولة الانتحار	
أقل من 10 سنوات	00	00	00	05	00	05
بين 10 - 20	14	02	08	35	06	65
أكثر من 20	03	03	00	04	00	10
المجموع	17	05	08	44	06	80

يتضح مـن الجدول رقم (19) أن غالبية المدخنين كان سن بداية التدخين لديهم للشريحة العمرية بين **10** و**20** سنة بنسبة قدرت بـ **81.25 % (65 / 80)**، ثم تليها الفئة العمرية أكثر مـن **20** سنة بنسبة تقدر بـ **12.5 %**، بينما كانت نسبة المدخنين لفئة أقل مـن **10** سنوات ضعيفة **(6.25 %)**.أما فيما يخص الأسباب الـتي تدفع هؤلاء الأفراد إلـى التدخين، فقد كانت متعددة ويمكن حصرها حسب ترتيب وأهمية تواترها لدى المدخنين مـن مجموعتي البحث الحالي فيما يلي:

- وجود مشاكل عائلية وبالخصوص علائقية مع الأب وسوء المعاملة.
- الشعور بالقلق والتوتر.
- تقليد الآخرين من الأقارب والأصدقاء أو الأهل خاصة لدى فئة العاديين.
- رفاق السوء.
- البطالة والإحساس بالفراغ والملل والروتين اليومي.
- الرغبة، والفضول وحب التجربة.
- إثبات الرجولة وجلب الإهتمام.
- الشعور بالنقص وبالفشل أو الوحدة.
- تحمل مسئولية العائلة.

***تعاطي الكحول:** يبين الجدول التالي توزيع أفراد عينة البحث من حيث إستهلاك وتعاطي الكحول.

جدول رقم (20): توزيع أفراد العينة حسب تعاطي الكحول.

تعاطي الكحول	العاديين	المرضى				المجموع
		مرضى الربو	مرضى السكري	المدمنين على المخدرات	محاولة الانتحار	
نعم	01	01	02	41	00	45
لا	116	51	47	06	20	240
المجموع	117	52	49	47	20	285

يوضح الجدول رقم **(20)** أن غالبية أفراد عينة البحث لا يتعاطون الكحول بنسبة تقدر بـ **84.21 %** **(285/240)**، مقابل نسبة تبلغ **15.78 %** تتعاطى الكحول جلهم من الذكور المدمنين على المخدرات **(41 / 45)**، وفيما يتعلق بتوزيع فئة مستهلكي الكحول حسب سن بداية التعاطي، فإن غالبية الأفراد الذين يتعاطون الكحول كان سن بداية الإستهلاك ليدهم بين سن **10** إلى **20** سنة**(بنسبة 84.44 %)**، وهي أكثر تواترا لدى فئة المدمنين على المخدرات، ثم تتبعها الشريحة العمرية أكثر من **20** سنة بنسبة تقدر بـ**11.11 %** وسجلت حالتين كان سن بداية تعاطي الكحول أقل من **10** سنوات وهما من المدمنين على المخدرات **(4.44 %)**.

أما الأسباب وراء سلوك تعاطي الكحول فكانت متعددة ويمكن حصرها فيما يلي:

- التقليد ورفاق السوء.
- الشعور بالقلق والتوتر.
- مشاكل عائلية وبالأخص علائقية مع الأب، وسوء معاملة الأب (الطرد والضرب).
- الرغبة، والفضول وحب التجربة وبالأخص لدى العاديين.
- إحباط عاطفي.
- الترفيه عـن النفس واللهو.
- النسيان والهروب مـن المشاكل.
- البطالة، والفراغ والملل.
- صعوبة المعيشة.

وهي أكثر الأسباب التي دفعت المدمنين عـلى المخدرات لتعاطي الكحول.

*** تعاطي المخدرات:** يبين الجدول التالي توزيع أفراد مجموعتي البحث من حيث تعاطي أو عدم تعاطي المخدرات.

جدول رقم (21): توزيع أفراد العينة حسب تعاطي المخدرات.

تعاطي المخدرات	العاديين	المرضى				المجموع
		مرضى الربو	مرضى السكري	المدمنين على المخدرات	محاولة الانتحار	
نعم	00	00	00	47	00	47
لا	117	52	49	00	20	238
المجموع	117	52	49	47	20	285

يوضح الجدول أعلاه، أن غالبية أفراد العينة لا يتعاطون المخدرات بنسبة تبلغ **83.50 %** وتشمل العاديين، ومرضى الربو، ومرضى السكري ومحاولي الإنتحار،أما الفئة المدمنة علـى المخدرات بلغت نسبتها **16.49 %** مـن مجموع عينة البحث الحالي. وفيما يخص سن بداية تعاطي المخدرات فكانت كما يلي: نسبة **80.85 % (38 /47)** كان سن بداية التعاطي يتراوح ما بين **10** و**20** سنة، ثم تليها نسبة **14.89 %** فـي سن أكثر مـن **20** سنة وسجلت حالتين بدأت الإدمان فـي سن أقل مـن **10** سنوات، أما المواد الإدمانية المستعملة فهي متعددة أكثرها تواترا الكيف **(KIF)**، والعقاقير النفسية مثل **Diazepane**، و**Rivetrole**، و**Temesta**، والمهدئات **(TRQ)**، والمهلوسات، الهيروين والحشيش .
وفيما يخص دوافع الإدمان وأسبابها فهـي متعددة منها ما يلي:

- الشعور بالقلق والتوتر والغضب.
- مخالطة رفاق السوء.
- إحباط عاطفي.
- مشاكل عائلية.
- البطالة، والفراغ والملل.
- الشعور بالنقص، والخجل وعدم الثقة.
- التجارة فـي المخدرات.
- الشعور بالحيوية والنشاط.
- الهروب مـن الواقع ونسيان الماضي وعدم التفكير.
- الفضول، والرغبة وحب التجربة (النفحة).
- إيذاء الذات.
- الترفيه واللهو.

*** محاولات الانتحار:** يعرض الجدول الآتي توزيع أفراد العينة حسب إرتكاب أو عدم إرتكاب محاولات إنتحار.

جدول رقم (22): توزيع أفراد العينة حسب محاولات الانتحار.

محاولات الانتحار	العاديين	المرضى				المجموع
		مرضى الربو	مرضى السكري	المدمنين على المخدرات	محاولة الانتحار	
نعم	00	03	02	20	20	45
لا	117	49	47	27	00	240
المجموع	117	52	49	47	20	285

تبين الأرقام في الجدول أعلاه، أن غالبية أفراد عينة البحث لم يسبق لهم وأن إرتكبوا محاولات إنتحار بنسبة تقدر بـ **84,21 %**، مقابل نسبة تبلغ **15,78 % (285/45)** سبق لها وأن قامت بمحاولة إنتحارية (مرة إلى أربعة مرات) وغالبيتهم من المدمنين على المخدرات ومحاولي الإنتحار، وفيما يخص الوسائل الإنتحارية المستعملة نميز منها الأدوية مثل أخذ جرعة زائدة من الأنسولين لدى مريض السكري، وشق الوريد والطعن بالسكين خاصة لدى المدمنين على المخدرات، والسقوط من الجسر وتناول مواد التنظيف (روح الملح وماء جافيل) لدى الفتيات محاولات الإنتحار.

أما عن أهم الأسباب والدوافع وراء السلوك الإنتحاري تتمثل فيما يلي:

- مشاكل عائلية.
- مشاكل عاطفية.
- الفشل الدراسي (الإخفاق في البكالوريا).
- الشعور باليأس.
- نقص المادة الإدمانية وآلام أعراض الإنسحاب عن المخدر.
- فقدان العذرية لدى الفتيات.
- الشعور بالقلق والتوتر.
- البطالة.
- السجن.
- نسيان الواقع والهروب منه.
- الزواج بالغصب.
- الحداد (وفاة الأم).
- الإصابة بمرض مزمن (السكري).

*** الإصابة بمرض معين:** توزيع أفراد العينة حسب الإصابة المرضية.

جدول رقم (23): توزيع أفراد مجموعتي البحث حسب الإصابة المرضية.

الإصابة بمرض معين	العاديين	المرضى				المجموع
		مرضى الربو	مرضى السكري	المدمنين على المخدرات	محاولي الانتحار	
نعم	00	52	49	47	20	168
لا	117	00	00	00	00	117
المجموع	117	52	49	47	20	285

يوضح الجدول رقم **(23)** أن أفراد المجموعة العادية (غير المرضية) والتي يبلغ حجمها **117** فردا لا تعاني من إصابة مرضية معينة، في حين بلغ عدد الأفراد الذين يعانون من إصابات مرضية (الربو، والسكري، والإدمان على المخدرات ومحاولات الإنتحار) بـ **168** مفحوصا.

*** وجود مرض متوارث في العائلة:** يوضح الجدول الآتي توزيع أفراد عينة الدراسة من حيث وجود سوابق مرضية عائلية.

جدول رقم (24): توزيع أفراد العينة من حيث وجود مرض متوارث في العائلة.

وجود مرض متوارث	العاديين	المرضى				المجموع
		مرضى الربو	مرضى السكري	المدمنين على المخدرات	محاولي الانتحار	
نعم	16	16	13	15	07	67
لا	101	36	36	32	13	218
المجموع	117	52	49	47	20	285

تبين الأرقام الموضحة في الجدول أعلاه، أن غالبية أفراد العينة يصرحون بعدم وجود مرض متوارث في العائلة بنسبة تقدر بـ **76.49 %**، مقابل نسبة تبلغ **23.50 %** يصرحون بوجود سوابق مرضية عائلية، وأكثر الأمراض المتوارثة تواترا لدى أفراد مجموعتي الدراسة الحالية هي وفق الترتيب التالي: مرض السكري، والربو، وضغط الدم، ومرض القلب، والحساسية، ومرض نفسي، وقصر البصر، والمعدة و الأمعاء و السرطان.

أما فيما يخص المجموعة العادية كان المرض الأكثر تواترا هو السكري، ومرض القلب وضغط الدم، أما مرضى الربو فكانت أمراض الربو، والحساسية والسكري، وفيما يتعلق بمرضى السكري لوحظت أمراض السكري، وضغط الدم والربو، أما مجموعة المدمنين على المخدرات ومحاولي الإنتحار فكانت الأمراض المتوارثة في العائلة هي السكري، والربو وضغط الدم.

وفيما يخص توزيع أفراد مجموعتي البحث من حيث وجود مرض متوارث في العائلة سجلت نسبة **13.67 %** من أفراد المجموعة العادية التي تصرح بالإيجاب لوجود مثل هذه السوابق، مقابل نسبة **30.35 %** لدى أفراد المجموعة المرضية.

*** إصابة أحد أفراد العائلة:** يوضح الجدول التالي توزيع أفراد العينة حسب الإصابة المرضية لأحد أفراد العائلة.

جدول رقم (25): توزيع أفراد مجموعتي البحث حسب الإصابة المرضية لأفراد العائلة.

الإصابة المرضية لأفراد العائلة	العاديين	المرضى				المجموع
		مرضى الربو	مرضى السكري	المدمنين على المخدرات	محاولي الانتحار	
نعم	54	36	36	27	10	163
لا	63	16	13	20	10	122
المجموع	117	52	49	47	20	285

توضح الأرقام أعلاه، أن غالبية أفراد عينة البحث تصرح بوجود إصابة مرضية لأحد أفراد العائلة بنسبة تقدر بـ **57.19 % (163/ 285)**، مقابل نسبة تبلغ **42.80 %** تصرح بعدم وجود مثل هذه الإصابات. وفيما يخص أفراد المجموعة العادية سجلت نسبة **46.15 %** لوجود مثل هذه السوابق المرضية العائلية، مقابل نسبة تقدر بـ **64.88 %** من أفراد المجموعة المرضية التي تصرح بوجود إصابة مرضية في العائلة، كما بينت الأرقام أن الإصابة المرضية في العائلة مست أكثر الوالدين (الأم ثم الأب)، الأقارب (الأجداد، الأعمام، الأخوال) وأخيرا الإخوة والأخوات، وأكثر الأمراض تواترا في العائلة هي السكري، والربو، وضغط الدم، ومرض القلب والحساسية.

*** وجود مشاكل إجتماعية أو مهنية:** فيما يلي جدول يوضح مدى تواتر الضغوط والمشاكل الإجتماعية والمهنية لدى أفراد مجموعتي البحث الحالي.

جدول رقم (26): توزيع أفراد العينة من حيث وجود مشاكل معينة.

وجود مشاكل إجتماعية أو مهنية	العاديين	المرضى				المجموع
		مرضى الربو	مرضى السكري	المدمنين على المخدرات	محاولي الانتحار	
نعم	32	14	18	28	18	110
لا	85	38	31	19	02	175
المجموع	117	52	49	47	20	285

يوضح الجـدول أعلاه أن غالبية أفراد عينة البحث يصرحون بعدم وجود مشاكل(إجتماعية أو مهنية)

بنسبة تقدر بـ **61.40 % (285/175)**، مقابل نسبة تبلغ بـ **38.59 %** تصرح بوجود معاناة نتيجة لمشاكل وضغوط. أما فيما يخص توزيع أفراد المجموعتين من حيث المعاناة من هذا المشاكل، أسفرت النتائج أن **27.35 %** من أفراد المجموعة العادية تعاني من مشاكل أهمها مشاكل عائلية (شجار بين الوالدين وسوء المعاملة)، والبطالة، وصعوبات دراسية، ومشاكل مهنية (الحجم الساعي، العلاقات الإدارية وسوء المعاملة) وأخيرا مشكل السكن. بينما بلغت نسبة تقدر بـ **46.42 %** من أفراد المجموعة المرضية التي تصرح بوجود مشاكل وضغوط أهمها المشاكل العائلية، والبطالة، والمهنية، والعاطفية، والسكن، وصعوبة المعيشة، وعدم عمل الزوج، وعدم الإنجاب و مشكل الإدمان على المخدرات، وتبقى المشاكل العائلية أكثر الضغوط تأثيرا على أفراد عينة الدراسة الحالية.

نستخلص من مختلف الجداول التي تم عرضها سابقا والمتعلقة بالبيانات السلوكية والسوابق المرضية لعينة البحث الحالي ما يلي:

- غـالبية أفراد العينة لا يدخنون السجائر، أما الفئة المدخنة أكثرها تواترا لدى أفراد المجموعة المرضية وبالخصوص المدمنين على المخدرات **(26.19 %)** ومن الجنس الذكري، وكان سن بداية التدخين لديهم بين **10** و**20** سنة **(81.25 %).**

- غالبية أفراد عينة البحث لا يتعاطون الكحول، مقابل فئة تتعاطى المشروبات الكحولية، جلهم من الذكور و من المدمنين على المخدرات، وكان سن بداية إستهلاكه بين سن **10** و**20** سنة **(84.44 %).**

- غالبية أفراد مجـموعتي البحث لا يتعاطون المخـدرات، أما الفئة المـدمنة فهم من المـدمنين على المخـدرات غالبيتـهم ذكـور، وكان سن بـداية الإدمـان مـا بين **10** و**20** سنة **(80.85 %).**

- غـالبية أفراد العينة لم يسبق لهم إرتكاب محاولات إنتحار، أما الفئة التي حاولت الإنتحار لوحظت لدى محاولي الإنتحار (جلهم من الإناث) والمدمنين على المخدرات (جلهم من الذكور) وكان السبب وراء محاولاتهم الإنتحارية نقص المادة الإدمانية.

- كـل أفراد المجموعة العادية تصرح بعدم معاناتهم من إصابة مرضية معينة، في حين يؤكد أفراد المجموعة المرضية إصابتهم المرضية.

- غالبية أفراد مجموعتي البحث يصرحون بعدم وجود مرض متوارث في العائلة، مقابل فئة**(23.50 %)** تصرح بوجود مثل هذا السوابق المرضية بالخصوص لـدى المجموعة المرضية للبحث الحالي.

- أكـثر من نصف أفراد العينة تصرح بعدم وجود إصابة مرضية بين أفراد العائلة، مقابل نسبة تقدر بـ **42.80 %** تصرح بوجود مثل هذا الإصابة وأكثرها تواترا لدى المجموعة المرضية وتمس في الغالب الوالدين والأقارب ثم الأخوة والأخوات.

- أكثر من نصف الحالات تصرح بعدم معاناتهم من مشاكل وضغوط حياتية مقابل نسبة تبلغ **38.59 %** تصرح بوجود مثل هذا الضغوط، وهي أكثر تواترا لدى المجموعة المرضية وأهمها المشاكل العائلية والبطالة.

يتضح مما تقدم تمايز أفراد المجموعة المرضية عن المجموعة العادية في بعض الخصائص السلوكية والسوابق المرضية.

3- وسائل القياس.

إستعملت الباحثة في الدراسة الحالية مجموعة من وسائل القياس بهدف جمع معلومات وبيانات عن أفراد عينة البحث، ومن هذا الأدوات إعتمدت على إستبيان لجمع معلومات شخصية، وإجتماعية ومرضية للعينة، كما إستخدمت كوسيلة للحصول على بيانات الدراسة بطارية الإختبارات والمقاييس التالية: إستبيان إدراك الضغط، ومقياس تقدير الذات، ومقياس فعالية الذات، ومقياس سمة القلق وإستبيان طرق أو إستراتيجيات المواجهة. وسيتم فيما يلي تقديم وسائل قياس البحث الحالي (إستبيان ومقاييس نفسية) كل على حدة من حيث وصفها، وطريقة تصحيحها، وثباتها وصدقها.

3-1 الإستبيان:

صممت الباحثة الإستبيان (**أنظر الملحق رقم 01**) و يتكون من نوعين من الأسئلة بعضها مغلق تتطلب من المجيب وضع علامة (×) في الخانة " **نعم** " أو " **لا** " والبعض الأخر عبارة عن أسئلة مفتوحة، وتتوزع هذا الأسئلة إلى أربعة محاور أساسية وهي:

- البيـانـات الشخـصية والإجتمـاعية، وتسمح بجمع معلومات عن خصائص عينة البحث الحالي من حيث الجنس، والسن، والحالة المدنية، ووضعية الوالدين، ومستوى المعيشة ونوع السكن... إلخ.
- البيـانـات السـلوكية، وتهدف جمع معطيات حول وجود سلوكات لاصحية كالتدخين، وتعاطي الكحول أو المخدرات و القيام بمحاولات إنتحار مع حصر أهم أسبابها و دوافعها.
- سـوابق مـرضية شخـصية، وتتضمن وجود إصابة مرضية ونوعها...إلخ.
- سوابق مرضية عائلية، وتسمح بجمع معطيات عن الأمراض الوراثية في العائلة.

وإن إستغلال بيانات هذا الإستبيان يساعد البحث الحالي من جهة التعرف على عينة الدراسة وخصائصها، ويسمح من جهة أخرى تفسير ومناقشة نتائجه وبالخصوص المرتبطة بالعوامل الإستعدادية والمساعدة للصحة والمرض من السلوكات اللاصحية، والسوابق المرضية الشخصية والعائلية.

2-3 إستبان إدارp الضغط (perceived stress questionnaire)

صمم من طرف " Levenstein " وآخرون سنة " 1993 " لقياس مؤشر إدراك الضغط (Perceived stress index) ويشمل الإستبيان على 30 عبارة تتوزع وفق نوعين من البنود منها المباشرة وغير المباشرة، تضم البنود المباشرة 22 عبارة منها عبارات رقم 2Û 3Û 4Û 5Û 6Û 8Û 9Û 11Û 12Û 14، 15Û 16Û 18Û 19Û 20Û 22Û 23Û 24Û 26Û 27Û 28 و30 وتنقط هذا العبارات من 1 إلى 4 من اليمين (**تقريبا أبدا**) إلى اليسار (**عادة**) وتدل على وجود مؤشر إدراك ضغط مرتفع عندما يجيب المفحوص بالقبول إتجاه الموقف، بينما تشمل البنود غير المباشرة 8 عبارات منها رقم 1Û 7Û 10Û 13Û 17Û 21Û 25 و29. وتنقط هذا البنود بصفة معكوسة من 4 إلى 1 من اليمين (**تقريبا أبدا**) إلى اليسار (**عادة**).

- **طريقة التصحيح:** تنقط بنود هذا الإختبار وفق 4 درجات من 1 إلى 4 كما يلي:

1- تقريبا أبدا.

2- أحيانا.

3- كثيرا.

4- عادة.

ويتغير التنقيط حسب نوع البنود مباشرة أو غير مباشرة، ويستنتج مؤشر إدراك الضغط في هذا الإختبار وفق المعادلة التالية (Levenstein et al, 1993):

$$\text{مؤشر إدراك الضغط} = \frac{\text{مجموع القيم الخام} - 30}{90}$$

$$\text{Perceived stress index} = \frac{\text{raw score} - 30}{90}$$

ويتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الإختبار من البنود المباشرة وغير المباشرة، وتتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر إدراك الضغط من صفر (0) ويدل على أدنى مستوى ممكن من الضغط (lowest possible level of stress) إلى واحد **(1)** و يدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط (highest possible level of stress).

- ثبات وصد5 الآستبيان:

*** الصد5:**

لقد تم التحقق من صدق الإستبيان بإستخدام الصدق التلازمي **(Concurrent Validity)** الذي يرتكز على مقارنة إستبيان إدراك الضغط مع المقاييس الأخرى للضغط فأظهر وجود إرتباط قوي مع " سمة القلق " يقدر بـ **0.75**، ومع مقياس إدراك الضغط لـ **cohen** يقدر بـ **0.73** Û بينما سجل إرتباط معتدل يقدر بـ **0.56** مع مقياس الإكتئاب وإرتباط ضعيف يقدربـ **0.35** مع مقياس " القلق الحالة " **(Levenstein et al, 1993).**

*** الثبات:**

تم قياس التوافق الداخلي **(Internal Consistency)** للإختبار بإستعمال معامل ألفا (**Coefficient Alpha)** فأظهر وجود تماسك قوي يقدر بـ **0.90**Û كما أظهر قياس ثبات الإختبار بإستعمال طريقة تطبيق وإعادة تطبيق الإختبار بعد فاصل زمني يقدر بـ **8** أيام وجود معامل ثبات مرتفع يقدربـ **0.82**.

وتشير " **Levenstein** " وآخـرون **(1993)** بأن هذا الأختبار يعتبر أداة ثمينة وإضافية لوسائل البحـوث النفسية الجسديـة ويـمكـن أن يكـون عامـلا تنبـؤيا هـاما للحـالة الصحيـة للفـرد لاحـقا.

3 - 3 مقياس تقدير الذات **(Self. Esteem Scale)**

صمم المقياس من طرف " **Rosenberg** " سنة **1965** نقلا عن**(Croker et al, 1987, P909)** يهدف لتقييم شامل وشخصي للذات ويتكون من **10** عبارات لقياس تقدير الذات تتوزع إلى بنود مباشرة وغير مباشرة، تضم البنود المباشرة أربعة عبارات رقم **1**Û **3**Û **4**Û **10**، بينما تشمل البنود غير المباشرة عبارات رقم **2**Û **5**Û **6**Û **7**Û **8**Û **9**.

- **طريقة التصحيη:** تنقط بنود الإختبار وفق **4** درجات من **1** إلى **4** كما يلي:

1- أرفض تماما.

2- ارفض.

3- أوافق.

4- أوافق تماما.

ويشير الأفراد خلال ذلك على مدى رضاهم عن الذات وفق **4** نقاط تتراوح ما بين " **أرفض تماما** " إلى " **أوافق تماما** "، أما الدرجة الكلية للمقياس تتراوح ما بين **20** و**40** مع متوسط قدرها **34** درجة. ويصنف الأفراد إلى ذوي التقدير العالي، والمتوسط والمنخفض للذات، فيما يلي تصنيف مستويات تقدير الذات حسب **Rosenberg** نقلا عن **(Croker et al , 1987 , P909):**

- تقدير منخفض للذات، وتتراوح درجاته بين 20– 31 بمتوسط حسابي قدرها 28.67 وإنحراف معياري يبلغ ± 2.35.
- تقدير متوسط للذات، وتتراوح درجاته بين 32 - 36 بمتوسط حسابي قدرها 34.24 وإنحراف معياري يبلغ ± 1.52.
- تقدير عالي للذات، وتتراوح درجاته بين 37- 40 بمتوسط حسابي قدرها 38.57 وإنحراف معياري يبلغ ±1.17.

- ثبات وصدق المقياس

* صدق المقياس:

بينت البحوث المختلفة صدق مقياس" **Rosenberg**" وذلك بمقارنة هذا المقياس مع مقاييس أخرى خاصة بتقدير الذات مثل مقياس" **Coopersmith** "، وبكيفية مماثلة فإن لمقياس **Rosenberg** إرتباط فيما يخص الإتجاهات المتنبأ بها مع قياسات الإكتئاب والقلق.

* ثبات المقياس:

يقدر معامل ثبات المقياس حسب " **Rosenberg** " نقلا عن **(Croker et al، 1987)** بـ **0.80** وذلك من خلال طريقة تطبيق وإعادة تطبيق الإختبار.

3 - 4 مقياس فعالية الذات **(Self-Efficacy scale)**

صمم المقياس من طرف **Sherer**، و**Mercandaute**، و**Maddox** وآخرون سنة **1982** نقلا عن **(Barlow et al, 1984)** يهدف لتقييم المستوى العام لتوقعات وإعتقادات الأفراد حول قدراتهم وكفاءتهم، كما يهدف لقياس توقعات الأفراد حول فعاليتهم الذاتية دون إرتباطها بوضعيات أو سلوكات خاصة، فالإفتراض العام لهذا المقياس أن التوقعات الفردية هي المحدد الأساسي للتغير السلوكي، كما أن الفروق الفردية في التجارب الماضية والإنتسابات تجاه النجاح تؤدي إلى الفروق في المستويات العامة لتوقعات فعالية الذات. و يتكون مقياس فعالية الذات من **17** عبارة تهدف لقياس إدراكات فعالية الذات،

وتتوزع العبارات إلـى بنـود مباشرة وغـير مباشرة، تضم البنـود المباشرة العبارات رقم **1، 3، 8، 9، 13، 15**، أما البنود غـير المباشرة تـشمل العبارات رقم **2، 4، 5، 6، 7، 10، 11، 12، 14، 16** و**17**.

- **طريقة التصحيح:** تنقط بنود الإختبار وفق **4** درجات من **1** إلى **4** كما يلي:

1 - أرفض تماما.

2 - أرفض دون حماس.

3 - أوافق دون حماس.

4 - أوافق تماما.

أما الدرجة الكلية للمقياس تتراوح ما بين **17** درجة كحد أدنى إلى **68** درجة كأقصى حد.

- صدق و ثبات المقياس

* صدق المقياس:

يظهر أن لمقياس فعالية الذات صدق عال وبإمكانه التنبؤ ذلك أن الأفراد ذوي فعالية ذات عالية يتمتعون بنجاح كبير مقارنة بذوي فعالية ذات منخفضة في المجالات الدراسية، والمهنية وتحقيق الأهداف، وللمقياس أيضا صدق التكوين الفرضي (**Construct Validity**) من خلال إرتباطه الدال مـع عدد مـن المقاييس مثل مقياس قدرة الـذات (**Ege strength Scale**)، ومقياس الكفاءة العلائقية (**The Interpersonal Competency Scale**) ومقياس **Rosenberg** لتقدير الذات.

* ثبات المقياس:

لمقياس فعالية الذات توافق داخلي جيد بإستعمال معامل ألفا (**Alpha Coefficient**) حيث قدر معامل الثبات بـ **0.86** للمقياس ككل (**Barlow et al , 1984**).

3- 5 إختبار حالة وسمة القلق للكبار(**State – Trait Anxiety Inventory**)

صمم هذا الإختبار من طرف **Spielberger**، و**Lushene** و**Gorsuch** سنة **1970** نقلا عن (**البحيري، 1984**) تحت عنوان إختبار حالة وسمة القلق (**State – Trait Anxiety Inventory**) ويشمل مقياسين منفصلين يعتمدان على أسلوب التقدير الذاتي وذلك لقياس مفهوميـن منفصليـن للقلـق، الأول حالـة القلـق (**State Anxiety**) والثاني سمة القلق (**Trait Anxiety**)**.** ويستخدم هذا الإختبار كأداة بحث لدراسة ظاهرة القلق لدى البالغين الأسوياء والمرضى المصابين بأمراض نفسية عصبية أو عضوية

أو اللذين ستجرى لهم عمليات جراحية، إلى آخر المواقف الضاغطة التي تثير في النفس البشرية مشاعر القلق. وتم التركيز لتحقيق أهداف البحث الحالي علـى مقياس سمة القلق لأنه ذات إرتباط قوي بشدة الضغط.

- مقياس سمة القلق:

يتكون مقياس سمة القلق من **20** عبارة يطلب فيها من الأفراد وصف ما يشعرون به بوجه عام **(Generally)**Û ويستخدم مقياس سمة القلق كأداة بحث للتمييز بين الأفراد الذين يختلفون في إستجاباتهم للضغوطات النفسية تحت مستويات مختلفة لشدة حالة القلق. وتتوزع عبارات مقياس سمة القلق إلى نوعين من البنود منها المباشرة وغير المباشرة، تضم البنود المباشرة الأرقام التالية: **22Û 23Û 24Û 25Û 28Û 29Û 32Û 34Û 35Û 37Û 38Û 40Û** بينما البنود غير المباشرة تشمل العبارات رقم **21Û 26Û 27Û 30Û 31Û 33Û 36Û 39 (نقلا عن البحيريÛ 1984)**.

- طريقة التصحيح:

تتراوθ قيمة الدرجات على الإختبار من **20** درجة كحد أدنى إلى **80** درجة كحد أقصى لمقياس سمة القلق، ويجيب المفحوصين على كل عبارة من الإختبار بأسلوب التقدير الذاتي على متصل مكون من **4** نقاط كما هو موضح فيما يلي:

1- مطلقا.

2- أحيانا.

3- غالبا.

4- دائما.

وهناك نوعان من العبارات، الأول ويشير التقدير المرتفع فيه إلى قلق عال، وتكون أوزان التدرج في هذا النوع كالتالي: **1Û 2Û 3Û 4Û** أما النوع الثاني فيشير التقدير المرتفع إلى قلق منخفض، ومن ثم تكون أوزان العبارات في هذا النوع معكوسة كالتالي: **4Û 3Û 2Û 1 (نقلا عن البحيريÛ 1984)**.

- صدق و ثبات المقياس

*** الصدق:**

يعتبر الصدق المرتبط بالمحك من أهم أنواع الصدق ويطلق عليه أحيانا الصدق التجريبي **(Emperical Validity)**، ومن المحكات التي أستخدمت لحساب الصدق التلازمي لإختبار حالة وسمة القلق، مقياس " **كاتل** " للقلقÛ وبعد العصابية لمقياس **آيزنك** للشخصية، ثم حساب الارتباط بين تلك

الإختبارات وإختيار حالة وسمة القلق على طلبة المرحلة الثانوية والجامعية، وإتضح أن معاملات الإرتباط بين مقياس سمة القلق ومقياس **كاتل** للقلق (**0.73**)، وبعد العصابية لأيزنك (**0.85**) كانت مرتفعة وذات دلالة موجبة (**نقلا عن البحيري**، **1984**).

*** الثبات:**

تم قياس ثبات الإختبار بتطبيق وإعادة تطبيقه علـى عينة المرحلة الثانوية وكذلك عينة الدراسات العليا مرتين متتاليتين، حيث بلغ الفاصل الزمني بينهما أسبوعين، لوحظ إرتفاع قيم معاملات ثبات مقياس سمة القلق حيث تتراوح مـن **0.79** إلى **0.91**. وعند دراسة ثبات إعادة الإختبار لطلبة الجامعة وجد أن قيم معاملات الثبـات لمقياس سمة القلق مرتفعة نسبيا وتتراوح مـن **0.77** إلـى **0.87**. وتشير هذه النتائج إلـى أن سمة القلق سمة ثابتة نسبيا فـي الشخصية، وتم إستعمال معامل ألفا (**Alpha coefficient**) لقياس التوافق الداخلي، إتضح أن معاملات الثبات مرتفعة بالنسبة لسمة القلق ومتغيرة بالنسبة لحالة القلق (**Spielberger, 1983**).

3 -6 إستبيان إستراتيجيات المواجهة (ways of coping questionnaire)

صمم الإستبيان من طرف "**Folkman**" و"**Lazarus**" سنة **1988** لتزويد الباحثين بمقياس يهدف للكشف عن دور المواجهة في العلاقة بين الضغط والتوافق، ويهتم الإستبيان بتقدير الأفكار والسلوكات التي سيتعلمها الأفراد لمواجهة الضغوط التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية. وقد إستمد من النظرية المعرفية الظواهرية للضغط والمواجهة(**Cognitive–phenomenological theory of stress & coping**) لـ "**Folkman**" و"**Lazarus**" (**1984**)، ويركز الإستبيان أيضا علـى تعريف المواجهة كمجهودات معرفية وسلوكية لإدارة متطلبات خارجية و/أو داخلية خاصة ومرهقة وتتجاوز الموارد الفردية. ويمكن أن يستعمل الإستبيان كأداة بحث فـي الميادين الإكلينيكية مثل دراسة طرق المواجهة مع أنواع الأمراض وشدتها، و/ أو لقياس أثر التدخلات العلاجية، ويهدف أيضا لتحديد الأفكار والسلوكات التي يستعملها الأفراد لمواجهة الضغوط الحياتية التي تعرضون لها. ويتكون الإستبيان مـن **50** عبارة تتوزع علـى **8** مقاييس للمواجهة، وتم تحديدها مـن خلال التحليل العاملي وتتمثل فيما يلي:

- **إستراتيجية التصدي** (**Confrontive coping**) وتشمل البنود التالية: **2**، **3**، **13**، **21**، **26**، **37**.
- **إستراتيجية مخططات حل المشكل** (**planful problem solving**) وتشمل البنود التالية: **20**، **30**، **39**، **40**، **43**، **1**.
- **إستراتيجية إتخاذ مسافة** (**Distancing**) وتضم البنود رقم: **8**، **9**، **11**، **16**، **32**، **35**.

- **إستراتيجية ضبط الذات** **(self –controlling)** وتشمل البنود رقم: **6Û 10Û 27Û 34Û 44Û 49Û 50.**

- **إستراتيجية البحث عن سند إجتماعي (seeking social support)** وتضم البنود رقم **4Û 14Û 17Û 24Û 33Û 36.**

- **إستراتيجية تحمل المسؤولية (Accepting Responsability)** وتضم البنود التالية: **5Û 19Û 22Û 42.**

- **إستراتيجية التهرب– التجنب (escape –Avoidance)** وتشمل البنود رقم: **7Û 12Û 25Û 31Û 38Û 41Û 46Û 47.**

- **إستراتيجية إعادة التقدير الأيجابي (positive reappraisal)** وتضم البنود رقم: **15Û 18Û 23Û 28Û 29Û 45Û 48.**

- تعليمات تطبيق الاستبيان:

يمكن أن يطبق الإستبيان ذاتيا مـن طرف المفحوص **(تقدير ذاتي)**، ويمكن أن يساعد الفاحص المفحوص أثناء المقابلة فـي إعادة بناء الحدث الضاغط الخاص وأن يخبرإ بأن الإجابة عـلى البنود ترتبط بالمشكل الذي تعرض له وليس الإجابة بصفة عامة، كما أن مدة الإجابة تتغير والمفحوصين وترتبط بالحدث الضاغط الخاص.

- طريقة التصحيح:

يعتمد التصحيح على طريقة القيم الخام **(Raw scores)** ويرتبط بمجهودات المواجهة فـي كل نوع مـن المقاييس الثمانية، ويجيب الأفراد عـلى كل بند وفق سلم بأربعة **(4)** درجات مشيرة إلـى مدى تكرار كل إستراتيجية إستعمالها الفرد لمواجهة الحدث الضاغط الخاص وتتمثل فـي الآتي:

0- إطلاقا.

1- إلـى حد ما.

2- كثيرا.

3- كثيرا جدا.

تمثل القيم الخام مجموع إجابات الفرد للبنود (**raw scores are the sam of the subject esponses to the items).**

- ثبات وصدق المقياس

* الصدق:

لبنود إستبيان إستراتيجيات المواجهة صدق ظاهري (**Face validity**) ذلك أن الإستراتيجيات المذكورة هي نفسها التي صرح بها الأفراد أنهم يستعملونها لمواجهة متطلبات الوضعيات الضاغطة. كما أظهرت دراسة صدق التكوين الفرضي (**Construct validity**) مدى إنسجام نتائج الدراسة مع لتنبؤات النظرية التي تم الإنطلاق منها، وتخص المواجهة كسيرورة، وأن مواجهة الأفراد تتغير ومتطلبات الوضعية(**Folkman & Lazarus, 1988**).

* الثبات:

تم قياس ثـبات الإستبيان مـن خلال دراسة التـوافق الداخلي **(Internal Consistency)** للمقاييس الثمانية للإستبيان بإستعمال معامـل ألفـا **(Coefficient ALPHA)**، وقـد أظهر معاملات ثبات مرتفعة في مقاييس المواجهة وتتمثل في الآتي: إستراتيجية التصدي (0.70)، ومخططات حل المشكل (0.68)، وضبط الذات(0.70) ، والبحث عن سند اجتماعي(0.76)، وتحمل المسؤولية (0.66)، والتهرب – التجنب (0.72)، وإتخاذ مسافة (0.81) وإعادة التقدير الإيجابي (0.79) **Folkman & Lazarus, 1988**).

4- دراسة صلاحية المقاييس وثباتها بمدينة عنابة.

تم الإعتماد في هذا الدراسة على خمس مقاييس نفسية لتأكيد فرضيات البحث وهي:

- إستبيان إدراك الضغط لـ "**Levenstein** " وآخرون (**1993**)، ترجمة الباحثة.
- مقياس تقدير الذات لـ "**Rosenberg**" (**1965**)، ترجمة الدكتورة " **أمل معروج** ".
- مقياس فعالية الذات لـ " **Sherer** " وآخرون (**1982**)، ترجمة الدكتورة " **أمل معروج** ".
- مقياس سمة القلق لإختبار حالة وسمة القلق للكبار لـ " **Spielberger**" وآخرون (**1970**)، ترجمة " **عبد الرقيب أحمد البحيري** ".
- إستبيان إستراتيجيات المواجهة لـ " **Folkman**" و" **Lazarus**" (**1988**)، ترجمة الباحثة.

- دراسة صدق المقاييس

وفي إطار البحث الحالي تم حساب صدق كل من مقياسي إستبيان إدراك الضغط وإستبيان إستراتيجيات المواجهة بطريقة الصدق الظاهري، فبعد أن تمت ترجمة المقياسين وتعريبهما عرضت الصورة الأولية لهما عـلى (10) أساتذة من قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة باجي مختار عنابة، وطلب منهم قراءة

العبارات بتفحص وذلك لتحديد مدى تكافؤ معنى البنود فـي اللغتين (الإنجليزية والعربية) ومناسبتها لقياس إدراك الضغط وإستراتيجيات المواجهة فـي ضوء تعريف محدد لهما، وإقتراح أي تعديل فـي صياغة أي عبارة وتعديل ترجمة بعض بنود المقياسين. وترتب على صدق المحكمين تعديل صياغة بعض العبارات تلخص معظمها فـي الإتجاه نحو مزيد مـن التبسيط وسهولة صياغة البنود ووضوحها.

- دراسة ثبات المقاييس

يقصد بثبات المقياس أن يعطي نفس النتائج تقريبا إذا أعيد تطبيقه على نفس العينة مرة أخرى. وفـي الدراسة الحالية، إستخدمت الباحثة طريقة إعادة تطبيق الإختبار للتحقق مـن ثبات المقياس، حيث طبقت وسائل القياس مرتين عـلى مجموعة قوامها **28** فردا من طلاب قسم علم النفس السنة الرابعة عيادي مـن جامعة باجي مختار عنابة، وكان الفاصل الزمني بين مرتي التطبيق أسبوعين، ثم حساب معامل الإرتباط بين درجات التطبيق الأول والتطبيق الثاني وذلك بالإعتماد عـلى معامل الإرتباط لـ"**Pearson**" وفق المعادلة التالية **(Mialaret, 1991, P285).**

$$r = \frac{\Sigma xy - \Sigma x \,.\, \Sigma y/N}{\sqrt{(\Sigma x^2 - (\Sigma x)^2/N) \,.\, (\Sigma y^2 - (\Sigma y)^2/N)}}$$

بعد حساب معاملات الإرتباط لدرجات أفراد المجموعة فـي مختلف وسائل قياس البحث الحالي بطريقة تطبيق وإعادة تطبيق الإختبار، أسفرت النتائج عـلى ما يلي:

جدول رقم(27): معاملات الإرتباط لمختلف مقاييس البحث الحالي.

المقياس		معامل الإرتباط	مستوى الدلالة
إدراك الضغط		0.69	دال عند 0.01
تقدير الذات		0.73	دال عند 0.01
فعالية الذات		0.86	دال عند 0.01
سمة القلق		0.79	دال عند 0.01
إستراتيجيات المواجهة	مخططات حل المشكل	0.40	دال عند 0.05
	التصدي	0.68	دال عند 0.01
	إتخاذ مسافة	0.47	دال عند 0.01
	ضبط الذات	0.45	دال عند 0.05
	تجنب – تهرب	0.71	دال عند 0.01
	البحث عن سند إجتماعي	0.37	دال عند 0.05
	تحمل المسؤولية	0.60	دال عند 0.01
	إعادة التقدير الايجابي	0.56	دال عند 0.01

جاءت معاملات الإرتباط لمختلف مقاييس الدراسة الحالية ذات دلالة إحصائية مما يمكن القول بأن

المقاييس قد إستوفت شروط الثبات والثقة في نتائجها وصلاحية إستخدامها في البحث الحالي، إذا تؤكد هذا النتائج الثقة في ثبات المقاييس.

5 - المعالجات الآحصائية

بعد تصحيح أدوات ووسائل القياس وفقا لتعليمات كل منها، تم تفريغ درجاتها وإخضاعها للتحليل الإحصائي، حيث إستخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية التالية للإجابة على أسئلة البحث والتحقق من فرضياته.

أولاً: حسبت المتوسطات الحسابية والإنحرفات المعيارية لدرجات عينة البحث في كل متغير من متغيرات الدراسة الحالية وذلك وفقا للمعادلات التالية:

- المتوسط الحسابي: $\bar{X} = \Sigma X / N$

- الإنحراف المعياري: $S = \sqrt{N\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2 / N(N-1)}$

ثانيا: إختبار (ت) **(t.test)** لقياس دلالة الفروق في متوسط درجات البحث في المتغيرات التالية: الضغط النفسي ، وسمات الشخصية (تقدير الذات ، وفعالية الذات، وسمة القلق) وإستراتيجيات المواجهة.

- إختبار (ت) لمجموعتين غير متشابهتين:

$$T = \bar{X}_1 - \bar{X}_2 / S_{\bar{X}1 - \bar{X}2}$$

ثالثا: معامل الإرتباط لبيرسون:

$$r = \frac{\Sigma xy - \Sigma x \,.\, \Sigma y / N}{\sqrt{(\Sigma x^2 - (\Sigma x)^2/N) \,.\, (\Sigma y^2 - (\Sigma y)^2/N)}}$$

سيتم لاحقا عرض مختلف نتائج الدراسة الحالية بعد التحليل الإحصائي ومناقشتها.

تـمـهـيـد

لإختبار صحة فرضيات الدراسة الحالية، قامت الباحثة بالتحليلات الإحصائية الضرورية التي سيتم عرضها لاحقا بالتفصيل فـي هذا الفصل والتي ستسمح لنا إختبار كل فرض عـلى حدى، لهذا الغرض طبق إختبار(ت) **(t. test)** لمجموعتين غير متشابهتين لقياس دلالة الفروق فـي مختلف متغيرات البحث الحالي مـن الضغط النفسي، وسمات الشخصية (من تقدير الذات، وفعالية الذات وسمة القلق) وإستراتيجيات المواجهة بين المجموعة العادية والمرضية، وبين العاديين وكل مجموعة مرضية عـلى حدى. كما إستخدم فـي هذا البحث معامل الإرتباط لقياس العلاقة بين الضغط النفسي وكل مـن سمات الشخصية (تقديرالذات، وفعالية الذات وسمة القلق) وإستراتيجيات المواجهة لدى العاديين والمرضى. ويمكن إيجاز هذا النتائج كما يلي، حيث سيتم فـي هذا الفصل عرض نتائج إختبار(ت) لقياس دلالة الفروق فـي مختلف متغيرات البحث الحالي بين:

- المجموعة العادية والمجموعة المرضية.
- المجموعة العادية وكل مجموعة مرضية عـلى حدى (مرضى الربو، ومرضى السكري، والمدمنين عـلى المخدرات ومحاولي الإنتحار).

كما سيتم عرض نتائج معاملات الإرتباط بين:

- الضغط النفسي وسمات الشخصية لدى العاديين والمرضى.
- الضغط النفسي وإستراتيجيات المواجهة لدى العاديين والمرضى.

وجاءت مختلف نتائج هذا المقارنات والإرتباطات كما هي موضحة فـي الجداول التالية وفق متغيرات الدراسة الحالية، مع عرض النتيجة العامة لكل منها.

1- الضغط النفسي

سيتم لاحقا عرض نتائج المقارنة بين المجموعة العادية والمجموعة المرضية فـي شدة الضغط النفسي، وبين العاديين وكل مجموعة مرضية عـلى حدى.

1-1 نتائج إختبار(ت) لدلالة الفروق في شدة الضغط النفسي بين العاديين والمرضى.

ينص الفرض الأول للبحث الحالي ما يلي: " توجد فروق دالة إحصائيا بين العاديين والمرضى فـي شدة الضغط لصالح الفئة الثانية "

يوضح الجدول الآتي المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية عـلى إستبيان إدراك الضغط والدرجة التائية للفروق بين العاديين والمرضى.

جدول رقم (28): نتائج إختبار(ت) للفروق في متوسط الضغط النفسي بين العاديين والمرضى.

المجموعة	العاديين		المرضى		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
الضغط النفسي	0.39	0.01	0.50	0.01	-11	دال عند 0.01

أسفرت نتائج إختبار(ت) وجود فروق جوهرية بين العاديين والمرضى فـي شدة الضغط، وقد بلغ متوسط الفرق (-0.11) وهو فرق دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 ويسير لصالح المجموعة المرضية، أي أن متوسط الضغط النفسي أكبر عند المرضى عنه عند العاديين. وبالتالي فإن الفرض الأول للبحث قد تحقق.

1-2 نتائج إختبار(ت) لدلالة الفروق في شدة الضغط النفسي بين المجموعة العادية وكل مجموعة مرضية على حدى.

ينص الفرض الثاني للبحث الحالي ما يلي: " هناك إختلاف دال فـي شدة الضغط النفسي بين المجموعة العادية وكل مجموعة مرضية عـلى حدى لصالح المرضى. "

توضح الجداول الآتية المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية عـلى إستبيان إدراك الضغط والدرجة التائية للفروق بين العاديين وكل مجموعة مرضية عـلى حدى.

* العاديين ومرضى الربو:

جدول رقم (29): نتائج إختبار(ت) للفروق في متوسط الضغط النفسي بين العاديين ومرضى الربو.

المجموعة	العاديين		مرضى الربو		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
الضغط النفسي	0.39	0.01	0.45	0.09	-4	دال عند 0.01

ينص فرض البحث عـلى أنه " توجد فروق دالة في شدة الضغط بين العاديين ومرضى الربو لصالح الفئة الثانية "، ولإختبار صحته استخدمت الباحثة إختبار " ت" لحساب دلالة الفروق بين المجموعتين فـي شدة الضغط، وجاءت النتائج كما هو واضح في الجدول رقم (29) وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 بين العاديين ومرضى الربو، حيث حصلت المجموعة الثانية عـلى متوسط درجات أعلى مـن المجموعة الأولى فـي شدة الضغط النفسي، أي أن مرضى الربو أكثر شعورا بالضغط النفسي مـن العاديين.

* العاديين ومرضى السكري:

جدول رقم (30): نتائج إختبار(ت) للفروق في متوسط الضغط النفسي بين العاديين ومرضى السكري.

المجموعة	العاديين		مرضى السكري		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
الضغط النفسي	0.39	0.01	0.46	0.08	-4.37	دال عند 0.01

ينص الفرض على أنه " توجد فروق دالة إحصائيا بين العاديين ومرضى السكّري فـي شدة الضغط النفسي لصالح الفئة الثانية"، ويتضح مـن الجدول (30) وجود فرق جوهري بين المجموعتين فـي شدة الضغط لصالح مرضى السكّري عند مستوى دلالة 0,01، أي أن مرضى السكري أكثر شعورا بالضغط مـن المجموعة العادية.

* العاديين والمدمنين على المخدرات:

جدول رقم (31): نتائج إختبار(ت) للفروق في متوسط الضغط النفسي بين العاديين والمدمنين على المخدرات.

المجموعة	العاديين		المدمنين على المخدرات		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
الضغط النفسي	0.39	0.01	0.53	0.08	14-	دال عند 0.01

ينص الفرض المرتبط بالشعور بالضغط النفسي ما يلي: " توجد فروق دالة بين العاديين والمدمنين على المخدرات في شدة الضغط النفسي لصالح الفئة الثانية"، فأسفرت النتائج وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في شدة الضغط لصالح المدمنين على المخدرات عند مستوى 0,01، أي أن فئة المدمنين على المخدرات أكثر شعورا بالضغط النفسي من العاديين.

* العاديين ومحاولي الانتحار:

جدول رقم (32): نتائج إختبار(ت) للفروق في متوسط الضغط النفسي بين العاديين ومحاولي الانتحار.

المجموعة	العاديين		محاولي الانتحار		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
الضغط النفسي	0.39	0.01	0.60	0.11	10.5-	دال عند 0.01

ينص الفرض المرتبط بالضغط مايلي: " توجد فروق دالة إحصائيا بين العاديين ومحاولي الإنتحار في شدة الضغط النفسي لصالح الفئة الثانية". ويتضح من الجدول (32) وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في شدة الضغط النفسي لصالح محاولي الإنتحار عند مستوى 0,01، أي أن هذا الفئة الأخيرة أكثر إدراكا للضغط النفسي مقارنة بالمجموعة العادية.

أسفرت نتائج إختبار(ت) وجود فروق جوهرية بين المجموعة العادية وكل مجموعة مرضية على حدى في شدة الضغط النفسي وهو فرق دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 ويسير لصالح المرضى، أي أن متوسط إدراك الضغط أكبر عند المرضى عنه عند العاديين. وبالتالي فإن الفرض الثاني للبحث قد تحقق.

2- سمات الشخصية

سيتم لاحقا عرض نتائج المقارنة بين المجموعة العادية والمجموعة المرضية في سمات الشخصية من تقدير الذات، وفعالية الذات، وسمة القلق، وبين العاديين وكل مجموعة مرضية على حدى في نفس هذا السمات.

2-1 نتائج إختبار(ت) لدلالة الفروق بين العاديين والمرضى في سمات الشخصية.

تنص الفرضية الثالثة للبحث والمتعلقة بسمات الشخصية ما يلي: "توجد فروق دالة بين العاديين والمرضى في مستوى كل من تقدير الذات، وفعالية الذات لصالح المجوعة الأولى، وفي سمة القلق لصالح المجموعة الثانية". ويوضح الجدول التالي المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية على مقاييس تقدير الذات، وفعالية الذات، وسمة القلق والدرجة التائية للفروق بين المجموعتين.

جدول رقم (33): نتائج إختبار(ت) للفروق في سمات الشخصية بين العاديين والمرضى.

المجموعة	العاديين		المرضى		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
تقدير الذات	30.71	4.16	24.88	5.53	9.71	دال عند 0.01
فعالية الذات	52.20	8.17	43.82	6.86	9.41	دال عند 0.01
سمة القلق	43.19	9.30	52.02	9.43	- 7.88	دال عند 0.01

بينت نتائج إختبار(ت) الموضحة في الجدول أعلاه، وجود فروق بين مجموعتي البحث في مستوى تقدير الذات، وقد بلغ متوسط الفرق(5.83) وهو فرق دال إحصائيا عند مستوى دلالة قدرها 0.01، أي أن متوسط تقدير الذات أكبر عند العاديين مقارنة بالمرضى. نستنتج أن هناك فروقا جوهرية بين المجموعتين وهو يسير لصالح المجموعة العادية، أي أن المرضى أقل تقديرا للذات من العاديين.

كما أظهرت نتائج إختبار(ت) الموضحة في الجدول رقم (33) وجود فروق بين العاديين والمرضى في متوسط فعالية الذات، وقدر متوسط الفرق (8.38) وهو فرق دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 ويسير لصالح المجموعة العادية، أي أن متوسط فعالية الذات أكبر عند العاديين مقارنة بالمرضى.

أسفرت أيضا نتائج إختبار(ت) وجود فروق بين العاديين والمرضى في درجة سمة القلق، وقد بلغ متوسط الفرق (8.83-) وهو فرق دال إحصائيا عند مستوى دلالة قدرها 0.01 ويسير لصالح المجموعة المرضية، أي أن متوسط درجات سمة القلق أكبر عند المرضى عنه عند العاديين، و يتضح مما تقدم أن متوسط درجات سمة القلق أقل عند العاديين مقارنة بالمرضى.

نستنتج مما تقدم وجود فروق دالة إحصائيا بين العاديين والمرضى في سمات الشخصية، حيث أسفرت النتائج مستوى أعلى في كل من تقدير الذات وفعالية الذات لصالح العاديين، في حين كان مستوى سمة القلق أعلى لدى المرضى، وبالتالي تتميز المجموعة المرضية للبحث الحالي بسمات شخصية سلبية تتمثل في التقدير الواطئ للذات وفعالية الذات المنخفضة مع إرتفاع ملاحظ في سمة القلق مقارنة بالعاديين وبالتالي فإن الفرض الثالث للبحث قد تحقق.

2-2 نتائج إختبار(ت) لدلالة الفروق بين المجموعة العادية وكل مجموعة مرضية على حدى في سمات الشخصية.

ينص الفرض الرابع للبحث والمتعلقة بسمات الشخصية ما يلي: "هناك إختلاف دال بين المجموعة العادية و كل مجموعة مرضية على حدى في سمات الشخصية من تقدير الذات، وفعالية الذات لصالح المجوعة الأولى، وفي سمة القلق لصالح المرضى."

توضح الجداول التالية المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية على مقاييس تقدير الذات، وفعالية الذات، وسمة القلق والدرجة التائية للفروق بين المجموعة العادية وكل مجموعة مرضية على حدى.

*** العاديين ومرضى الربو:**

جدول رقم (34): نتائج إختبار(ت) للفروق في سمات الشخصية بين العاديين ومرضى الربو.

المجموعة	العاديين		مرضى الربو		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
تقدير الذات	30.71	4.16	26.59	4.19	5.97	دال عند 0.01
فعالية الذات	52.20	8.17	44.30	5.98	6.26	دال عند 0.01
سمة القلق	43.19	9.30	48.53	8.97	-3.40	دال عند 0.01

ينص الفرض على أنه " توجد فروق دالة في درجة تقدير الذات بين العاديين ومرضى الربو لصالح الفئة الأولى "، وأسفرت نتائج إختبار (ت) وجـود فروق جوهرية بين المجموعتين فـي مستوى تقدير الذات.

وهو فرق دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 ويسير لصالح المجموعة العادية، أي أن متوسط تقدير الذات أعلى عند العاديين مقارنة بمرضى الربو، فمرضى الربو أقل تقديرا للذات من العاديين.

كما ينص الفرض على أنه " توجد فروق دالة إحصائيا بين العاديين ومرضى الربو في مستوى فعالية الذات لصالح الفئة الأولى "، وجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول (**34**) وجود فروق جوهرية في مستوى فعالية الذات بين العاديين ومرضى الربو وهو فرق دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0.01 ويسير لصالح المجموعة العادية، أي أن متوسط درجات فعالية الذات أعلى لدى العاديين مقارنة بمرضى الربو.

كما جاء في الفرض على أنه "يختلف العاديين ومرضى الربو إختلافا دالا في درجة سمة القلق لصالح الفئة الثانية "، وبينت النتائج الموضحة في الجدول (**34**) وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 بين العاديين ومرضى الربو في درجة سمة القلق ويسير الفرق لصالح مرضى الربو، أي ان متوسط درجات سمة القلق اكبر عند مرضى الربو عنه عند العاديين.

* العاديين ومرضى السكري:

جدول رقم (35): نتائج إختبار(ت) للفروق في سمات الشخصية بين العاديين ومرضى السكري.

المجموعة	العاديين		مرضى السكري		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
تقدير الذات	30.71	4.16	27.44	4.53	4.54	دال عند 0.01
فعالية الذات	52.20	8.17	47.48	6.81	3.57	دال عند 0.01
سمة القلق	43.19	9.30	47.51	7.37	-3.06	دال عند 0.01

جاء في الفرض أنه " يوجد فرق دال إحصائيا في مستوى تقدير الذات بين العاديين ومرضى السكّري لصالح الفئة الأولى "، وأسفرت نتائج إختبار (ت) وجود فروق دالة في مستوى تقدير الذات بين العاديين ومرضى السكري عند مستوى 0.01 ويسير لصالح العاديين، أي ان متوسط تقدير الذات اقل لدى مرضى السكّري مقارنة بالمجموعة العادية.

كما نص الفرض المرتبط بفعالية الذات ما يلي " يوجد فرق دال إحصائيا في مستوى فعالية الذات بين العاديين ومرضى السكري لصالح الفئة الأولى"، ويتضح من الجدول(**35**) وجود فرق دال إحصائيا بين المجموعتين في مستوى فعالية الذات، فالفرق دال عند مستوى 0.01 ويسير لصالح المجوعة العادية، أي أن متوسط درجات فعالية الذات أقل لدى مرضى السكري مقارنة بالعاديين.

وينص الفرض أيضا أنه "يختلف العاديين ومرضى السكري إختلافا بينا في درجة سمة القلق لصالح الفئة الثانية"، وبينت النتائج وجود فرق دال إحصائيا بين المجموعتين في درجة سمة القلق، فالفرق دال إحصائيا عند مستوى 0.01 ويسير لصالح مرضى السكري، أي أن متوسط درجات سمة القلق أعلى لدى مرضى داء السكري عنه عند العاديين.

* العاديين والمدمنين علĂ المخدرات:

جدول رقم (36): نتائج إختبار(ت) للفروق في سمات الشخصية بين العاديين والمدمنين علĂ المخدرات.

المجموعة	العاديين		المدمنين علĂ المخدرات		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
تقدير الذات	30.71	4.16	23.31	4.94	9.73	دال عند 0.01
فعالية الذات	52.20	8.17	41.55	6.14	8.06	دال عند 0.01
سمة القلق	43.19	9.30	56.40	7.72	-8.63	دال عند 0.01

جاء في الفرض المرتبط بتقدير الذات ما يلي: "يختلف العاديون والمدمنون على المخدرات إختلافا دال في درجة تقدير الذات لصالح الفئة الأولى"، وبينت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين في درجة تقدير الذات، فالفرق دال عند مستوى0,01 ويسير لصالح المجموعة العادية، أي أن متوسط درجات تقدير الذات أقل لدى المدمنين على المخدرات مقارنة بالعاديين.

ينص الفرض المرتبط بفعالية الذات ما يلي: " يوجد فرق دال إحصائيا في مستوى فعالية الذات بين العاديين والمدمنين على المخدرات لصالح الفئة الأولى"، ويوضح الجدول (36) وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في مستوى فعالية الذات عند مستوى دلالة 0.01 ويسير لصالح المجموعة العادية، أي أن متوسط درجات فعالية الذات أقل لدى المدمنين على المخدرات مقارنة بالعاديين.

كما جاء في الفرض الخاص بسمة القلق ما يلي: " يختلف العاديون والمدمنون على المخدرات إختلافا دالا في درجة سمة القلق لصالح الفئة الثانية"، وأسفرت النتائج وجود إختلاف دال بين المجموعتين في درجة سمة القلق لصالح المدمنين على المخدرات عند مستوى0.01، أي أن متوسط درجات سمة القلق أعلى لدى فئة المدمنين على المخدرات عنه عند المجموعة العادية.

* العاديين ومحاولي الانتحار:

جدول رقم (37): نتائج إختبار(ت) للفروق في سمات الشخصية بين العاديين ومحاولي الانتحار.

المجموعة	العاديون		محاولي الانتحار		قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
تقدير الذات	30.71	4.16	17.80	5.21	12.41	دال عند 0.01
فعالية الذات	52.20	8.17	38.95	5.99	6.93	دال عند 0.01
سمة القلق	43.19	9.30	61.85	6.98	-8.55	دال عند 0.01

جاء في الفرض المرتبط بتقديرالذات مايلي: " يختلف العاديون ومحاولوا الإنتحار إختلافا بينا في درجة تقدير الذات لصالح الفئة الأولى"، وأسفرت النتائج وجود إختلاف دال بين المجموعتين في درجة تقدير الذات عند مستوى0,01 ويسير لصالح المجموعة العادية، أي أن متوسط درجات تقدير الذات أقل لدى محاولي الإنتحار مقارنة بالعاديين.

كما جاء في الفرض الخاص بفعالية الذات ما يلي: " يوجد فرق دال إحصائيا بين العاديين ومحاولي الإنتحار في مستوى فعالية الذات لصالح الفئة الأولى"، وأسفرت النتائج وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في مستوى فعالية الذات لصالح المجموعة العادية عند مستوى 0.01، أي أن متوسط درجات فعالية الذات أقل لدى فئة محاولي الإنتحار من العاديين.

ينص الفرض المرتبط بسمة القلق ما يلي: " يختلف العاديون ومحاولوا الانتحار إختلافا دالا في درجة سمة القلق لصالح الفئة الثانية"، ويوضح الجدول **(37)** وجود إختلاف دال إحصائيا في درجة سمة القلق بين المجموعتين عند مستوى 0.01 لصالح فئة محاولي الانتحار، أي أن متوسط درجات سمة القلق أعلى لدى هذا الفئة الأخيرة مقارنة بالعاديين.

وتؤكد مختلف هذا النتائج صحة الفرض الرابع الدراسة الحالية، حيث أسفر إختبار "ت" وجود إختلاف دال بين المجموعة العادية وكل مجموعة مرضية على حدى في كل من تقدير الذات، وفعالية الذات لصالح المجموعة الأولى، وفي سمة القلق لصالح كل مجموعة مرضية للبحث الحالي، مما يؤكد وجود فرق جوهري في هذا السمات الشخصية بين المجموعتين.

3- إستراتيجيات المواجهة

سيتم لاحقا عرض نتائج المقارنة بين المجموعة العادية والمجموعة المرضية في إستراتيجيات المواجهة، وبين العاديين وكل مجموعة مرضية على حدى في مواجهة الضغوط النفسية.

3-1 نتائج إختبار(ت) لدلالة الفروق بين العاديين والمرضى في إستراتيجيات المواجهة.

ينص الفرض الخامس للبحث الحالي ما يلي: "يختلف العاديون والمرضى إختلافا دالا في إستراتيجيات مواجهة الضغوط." وقد أسفر إختبار(ت) على النتائج الموضحة في الجدول التالي مبينا الدرجة التائية للفروق بين المجوعتين في إستراتيجيات مواجهة الضغوط.

جدول رقم (38): نتائج إختبار(ت) للفروق في متوسط مختلف إستراتيجيات المواجهة المستعملة بين العاديين والمرضى.

إستراتيجيات المواجهة	العاديين		المرضى		قيمة(ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
مخططات حل مشكل	9.64	3.71	7.33	3.57	5.37	دال عند 0.01
التصدي	6.99	3.67	6.96	2.96	0.07	غير دال 0.05
إتخاذ مسافة	8.66	3.38	7.22	3.29	3.60	دال عند 0.01
ضبط الذات	10.93	3.21	9.16	3.18	4.65	دال عند 0.01
تجنب –تهرب	10.15	3.61	11.09	3.52	-2.23	دال عند 0.05
البحث عن سند إجتماعي	7.91	3.44	6.44	3.49	3.97	دال عند 0.01
تحمل المسؤولية	5.38	2.63	5.13	2.10	0.89	غير دال 0.05
إعادة التقدير الايجابي	11.52	3.42	9.64	3.84	4.27	دال عند 0.01

- إستراتيجية مخططات حل المشكل :

أسفرت نتائج إختبار (ت) لقياس دلالة الفروق بين متوسط مجموعتي البحث وجود فروق دالة إحصائيا بين العاديين والمرضى في إستعمال إستراتيجية مخططات حل المشكل عند مستوى دلالة قدرإ 0.01، وقد بلغ متوسط الفرق (2.31) ويسير لصالح العاديين، أي أن المجموعة المرضية أقل إستعمالا لإستراتيجية مخططات حل المشكل لمواجهة الضغوط مقارنة بالعاديين.

إستراتيجية التصدي:

توضح نتائج إختبار (ت) لقياس دلالة الفروق بين المجوعتين في إستعمال إستراتيجية التصدي عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المرضى والعاديين في إستعمال هذا الإستراتيجية لمواجهة الضغوط عند مستوى دلالة قدرا 0.05، وتدل هذا النتائج على عدم وجود إختلاف بين العاديين والمرضى في إستعمال هذا الإستراتيجية.

- إستراتيجية إتخاذ مسافة :

بينت نتائج إختبار" ت" الموضحة في الجدول رقم (**38**) وجود فروق جوهرية بين المرضى والعاديين في إستعمال إستراتيجية إتخاذ مسافة، ويقدر متوسط هذا الفرق (1.44) وهو دال إحصائيا عند مستوى دلالة قدرا 0.01 ويسير لصالح المجموعة العادية، أي أن المرضى أقل إستعمالا لهذا الإستراتيجية في مواجهة الضغوط مقارنة بالعاديين.

- إستراتيجية ضبط الذات:

أسفرت نتائج إختبار" ت " لقياس دلالة الفروق بين متوسط مجموعتي البحث في إستعمال إستراتيجية ضبط الذات وجود فروق جوهرية بين العاديين والمرضى عند مستوى دلالة قدرا 0.01 ويسير لصالح المجموعة العادية، أي أن المرضى أقل إستعمالا لإستراتيجية ضبط الذات مقارنة بالعاديين.

إستراتيجية تجنب - تهرب:

بينت النتائج الموضحة في الجدول رقم (**38**) حول إستعمال إستراتيجية التجنب-التهرب بين مجموعتي البحث وجود فروق جوهرية لصالح المرضى وقد بلغ متوسط الفرق(0.94-)، وهو فرق دال إحصائيا عند مستوى دلالة قدرا 0.05. ونستنتج مما تقدم أن المرضى أكثر إستعمالا لإستراتيجية تجنب - تهرب عند مواجهة الضغوط مقارنة بالعاديين.

- إستراتيجية البحث عن سند إجتماعي:

أسفرت نتائج إختبار " ت" وجود فروق دالة إحصائيا بين مجموعتي البحث في إستعمال إستراتيجية البحث عن سند إجتماعي، وقد بلغ متوسط الفرق (1.47) وهو فرق دال عند مستوى دلالة قدرا 0.01 ويسير لصالح المجموعة العادية، أي أن المرضى أقل إستعمالا لإستراتيجية البحث عن سند إجتماعي مقارنة بالعاديين.

- إستراتيجية تحمل المسؤولية:

بينت نتائج إختبار(ت)الموضحة في الجدول رقم **(38)** عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعة العادية والمجموعة المرضية في إستعمال إستراتيجية تحمل المسؤولية عند مستوى دلالة قدرها 0.05، أي أن ليس هناك فرق جوهري بين مجموعتي البحث في إستعمال هذا الإستراتيجية عند مواجهة الضغوط.

- إستراتيجية إعادة التقدير الإيجابي :

توضح نتائج إختبار" ت" حول إستعمال إستراتيجية إعادة التقدير الإيجابي بين مجموعتي البحث وجود فروق جوهرية بين العاديين والمرضى في إستعمال هذا الإستراتيجية، وقد بلغ متوسط الفرق (1.88) وهودال إحصائيا عند مستوى دلالة قدرها 0.01 ويسير لصالح المجوعة العادية، ومنه نستنتج أن المرض أقل إستعمالا لإستراتيجية إعادة التقدير الإيجابي مقارنة بالعاديين عند التعرض للضغوط ومواجهتها.

نستخلص مما تقدم وجود إختلاف دال بين العاديين والمرضى في إستعمال كل من الإستراتيجيات التالية: مخططات حل المشكل، وإتخاذ مسافة، وضبط الذات، والبحث عن سند اجتماعي وإعادة التقدير الإيجابي لصالح المجوعة العادية، وإستراتيجية التجنب – التهرب لصالح المجموعة المرضية، في حين أسفرت النتائج عدم وجود فروق دالة في إستعمال إستراتيجيتي التصدي وتحمل المسؤولية بين مجموعتي البحث، أي لا يختلف العاديون والمرضى في إستعمال إستراتيجيتي التصدي وتحمل المسؤولية. ومنه نستنتج أن الفرض الخامس للبحث الحالي تحقق جزئيا فقط.

3-2 نتائج إختبار(ت) لدلالة الفروق بين المجموعة العادية وكل مجموعة مرضية على حدى في إستراتيجيات المواجهة.

ينص الفرض السادسس للبحث والمتعلق بإستراتيجيات المواجهة ما يلي: "توجد فروق دالة في إستراتيجيات مواجهة الضغوط بين المجموعة العادية وكل مجموعة مرضية على حدى".

وتوضح الجداول التالية المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية على إستبيان إستراتيجيات المواجهة والدرجة التائية للفروق بين المجموعة العادية وكل مجموعة مرضية على حدى.

* العاديين ومرضى الربو:

جدول رقم (39): نتائج إختبار(ت) للفروق في متوسط مختلف إستراتيجيات المواجهة المستعملة بين العاديين ومرضى الربو.

إستراتيجيات المواجهة	العاديين		مرضى الربو		قيمة(ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
مخططات حل مشكل	9.64	3.71	7.84	3.70	2.95	دال عند 0.01
التصدي	6.99	3.67	6.75	3.15	0.41	غير دال 0.05
إتخاذ مسافة	8.66	3.38	7.82	3.41	1.50	دال عند 0.10
ضبط الذات	10.93	3.21	10.23	3.38	1.29	دال عند 0.10
تجنب –تهرب	10.15	3.61	11.01	3.76	-1.40	دال عند 0.10
البحث عن سند إجتماعي	7.91	3.44	7.32	3.95	0.98	غير دال 0.05
تحمل المسؤولية	5.38	2.63	5.51	2.21	-0.31	غير دال 0.05
إعادة التقدير الايجابي	11.52	3.42	10.59	3.42	1.89	دال عند 0.05

سيتم فيما يلي عرض نتائج المقارنة بين المجموعة العادية ومرضى الربو في كل إستراتيجية من إستراتيجيات مواجهة الضغوط كل على حدى وكما يتضح ذلك في الجدول رقم (39). وينص الفرض على ما يلي: " يختلف مرضى الربو والعاديين إختلافا دالا في إستعمالهم لإستراتيجيات المواجهة ".

- إستراتيجية مخططات حل المشكل:

أسفرت نتائج إختبار "ت" وجود فروق دالة إحصائيا بين العاديين ومرضى الربو في إستعمال إستراتيجية مخططات حل المشكل عند مستوى دلالة قدرها 0.01 ويسير لصالح المجموعة العادية، أي أن مرضى الربو أقل إستعمالا لهذا الإستراتيجية من العاديين عند مواجهة الضغوط.

- إستراتيجية التصدي:

يتضح من الجدول رقم **(39)** عدم وجود فروق جوهرية بين العاديين ومرضى الربو في إستعمال إستراتيجية التصدي، فالفرق غير دال احصائيا عند مستوى 0.05، أي لا يوجد فرق بين العاديين ومرضى الربو في إستعمال هذا الإستراتجية عند مواجهة الضغوط.

- **إستراتيجية إتخاذ مسافة:**

أسفرت نتائج اختبار (ت) وجود فروق دالة احصائيا بين العاديين ومرضى الربو في إستعمال إستراتيجية إتخاذ مسافة عند مستوى دلالة قدرها 0.10 ويسير لصالح المجموعة العادية، أي أن مرضى الربو اقل إستعمالا لهذا الاستراتجية من العاديين.

- **إستراتيجية ضبط الذات:**

وضحت النتائج المبينة في الجدول**(39)** وجود فروق جوهرية بين العاديين ومرضى الربو في إستعمال إستراتيجية ضبط الذات، فالفرق دال إحصائيا عند مستوى 0.10 ويسير لصالح المجموعة العادية، أي أن مرضى الربو اقل إستعمالا لهذا الاستراتجية من العاديين.

- **إستراتيجية تجنب– تهرب:**

أظهرت نتائج إختبار " ت" حول إستعمال إستراتجية تجنب- تهرب بين العاديين ومرضى الربو وجود فروق جوهرية لصالح الفئة الثانية، فالفرق دال إحصائيا عند مستوى 0.10، أي أن مرضى الربو أكثر إستعمالا لإستراتيجية تجنب – تهرب مقارنة بالعاديين عند مواجهة الضغوط.

- **إستراتيجية البحث عن سند اجتماعي:**

يتضح من الجدول(**39**) عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين العاديين ومرضى الربو في إستعمال إستراتيجية البحث عن سند اجتماعي عند مستوى 0.05، أي لا يختلف مرضى الربو والعاديون إختلافا دالا في إستعمال هذا الإستراتيجية عند مواجهة الضغوط.

- **إستراتيجية تحمل المسؤولية:**

بينت نتائج إختبار" ت " الموضحة في الجدول رقم**(39)** عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين في إستعمال إستراتيجية تحمل المسؤولية عند مستوى دلالة 0.05، أي لا يختلف مرضى الربو و العاديون في إستعمال إستراتيجية تحمل المسؤولية.

- **إستراتيجية إعادة التقدير الأيجابي:**

أسفرت نتائج اختبار"ت" وجود فروق جوهرية بين مرضى الربو والعاديين في إستعمال إستراتيجية إعادة التقدير الإيجابي لصالح الفئة الثانية، وهذا الفرق دال إحصائيا عند مستوى 0.05 ويسير لصالح العاديين، أي أن مرضى الربو أقل إستعمالا لهذا الإستراتيجية مقارنة بالعاديين.

نستخلص مما تقدم وجود إختلاف دال بين العاديين ومرضى الربو في إستعمال كل من الإستراتيجيات التالية: مخططات حل المشكل، وإتخاذ مسافة، وضبط الذات وإعادة التقدير الإيجابي لصالح المجموعة العادية وإستراتيجية التجنب – التهرب لصالح مرضى الربو، في حين بينت النتائج عدم وجود فروق دالة في إستعمال إستراتيجيات التصدي، والبحث عن سند إجتماعي وتحمل المسؤولية، أي لا يختلف العاديين ومرضى الربو في إستعمال هذه الاستراتيجيات عند مواجهة الضغوط.

* العاديين ومرضǍ السكري.

جدول رقم (40): نتائج إختبار(ت) للفروق في متوسط مختلف إستراتيجيات المواجهة المستعملة بين العاديين ومرضǍ السكري.

إستراتيجيات المواجهة	العاديين		مرضǍ السكري		قيمة(ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
مخططات حل مشكل	9.64	3.71	8.46	3.70	2.22	دال عند 0.05
التصدي	6.99	3.67	7.30	3.22	-0.51	غير دال 0.05
إتخاذ مسافة	8.66	3.38	7.77	3.13	1.58	دال عند 0.10
ضبط الذات	10.93	3.21	9.83	3.17	2.03	دال عند 0.05
تجنب –تهرب	10.15	3.61	10.30	3.57	-0.24	غير دال 0.05
البحث عن سند إجتماعي	7.91	3.44	6.65	3.42	2.17	دال عند 0.05
تحمل المسؤولية	5.38	2.63	4.85	2.25	1.26	غير دال 0.05
إعادة التقدير الايجابي	11.52	3.42	10.51	3.88	1.68	دال عند 0.05

يوضح الجدول(40) نتائج المقارنة بين المجموعة العادية ومرضى السكري في إستراتيجيات مواجهة الضغوط، والتي سيتم التطرق إليها بالتفصيل فيما يلي:

ينص الفرض على أنه "يختلف مرضى السكري والعاديون إختلافا جوهريا في إستعمال إستراتيجيات المواجهة."

- إستراتيجية مخططات حل المشكل:

يتضح من الجدول (40) وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين في إستعمال إستراتيجية مخططات حل المشكل عند مستوى 0.05، أي أن مرضى السكري أقل إستعمالا لهذه الإستراتيجية مقارنة بالعاديين عند مواجهة الضغوط.

- **إستراتيجية التصدي:**

أسفرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في إستعمال إستراتيجية التصدي، فالفرق غير دال إحصائيا عند مستوى 0.05، أي لا يختلف مرضى السكري والعاديين في إستعمال هذا الإستراتيجية.

- **إستراتيجية إتخاذ مسافة:**

بينت النتائج وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في إستعمال إستراتيجية إتخاذ مسافة، فالفرق دال عند مستوى 0.10 ويسير لصالح المجموعة العادية، أي أن مرضى السكري أقل إستعمالا لهذا الإستراتيجية من العاديين.

- **إستراتيجية ضبط الذات:**

يتضح من الجدول (**40**) وجود فروق دالة إحصائيا عند مستوى 0.05 بين المجموعتين في إستعمال إستراتيجية ضبط الذات ويسير الفرق لصالح المجموعة العادية، أي أن مرضى السكري أقل إستعمالا لهذا الإستراتيجية من العاديين.

- **إستراتيجية تجنب – تهرب:**

أسفرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية بين مرضى السكري والعاديين في إستعمال إستراتيجية تجنب – تهرب عند مستوى 0.05، أي لا يختلف مرضى السكري والعاديون في إستعمال هذا الإستراتيجية عند مواجهة الضغوط.

- **إستراتيجية البحث عن سند إجتماعي:**

بينت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين في إستعمال إستراتيجية البحث عن سند إجتماعي لصالح المجموعة العادية عند مستوى 0.05، أي أن مرضى السكري أقل إستعمالا لهذا الإستراتيجية من العاديين.

- **إستراتيجية تحمل المسؤولية:**

يوضح الجدول (**40**) عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في إستعمال إستراتيجية تحمل المسؤولية عند مستوى 0.05، أي لا يوجد فرق بين العاديين ومرضى السكري في إستعمال هذا الإستراتيجية.

- إستراتيجية إعادة التقدير الإيجابي:

تبين الأرقام الموضحة في الجدول (40) وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين عند مستوى 0.05 في إستعمال إستراتيجية إعادة التقدير الإيجابي ويسير لصالح العاديين، أي أن مرضى السكري أقل إستعمالا لهذا الإستراتيجية من العاديين.

نستخلص مما تقدم وجود إختلاف دال بين العاديين ومرضى السكري في إستعمال كل من إستراتيجيات المواجهة التالية: مخططات حل المشكل، واتخاذ مسافة، وضبط الذات، والبحث عن سند إجتماعي وإعادة التقدير الإيجابي لصالح المجموعة العادية، في حين أسفرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في إستعمال إستراتيجيات التصدي، وتجنب – تهرب و تحمل المسؤولية، أي لا يختلف مرضى السكري والعاديون في إستعمال مختلف هذا الإستراتجيات.

* العاديين والمدمنين على المخدرات.

جدول رقم (41): نتائج إختبار(ت) للفروق في متوسط مختلف إستراتيجيات المواجهة المستعملة بين العاديين والمدمنين على المخدرات.

إستراتيجيات المواجهة	العاديين		المدمنين على المخدرات		قيمة(ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
مخططات حل مشكل	9.64	3.71	6.68	3.02	4.93	دال عند 0.01
التصدي	6.99	3.67	7.14	2.67	-0.25	غير دال 0.05
إتخاذ مسافة	8.66	3.38	6.89	3.19	3.10	دال عند 0.01
ضبط الذات	10.93	3.21	8.21	2.59	5.23	دال عند 0.01
تجنب –تهرب	10.15	3.61	12.02	3.47	-3.06	دال عند 0.01
البحث عن سند إجتماعي	7.91	3.44	6.36	2.84	2.76	دال عند 0.01
تحمل المسؤولية	5.38	2.63	5.12	2.02	0.78	غير دال 0.05
إعادة التقدير الايجابي	11.52	3.42	8.57	3.45	5.00	دال عند 0.01

يوضح الجدول (41) نتائج إختيار (ت) لدلالة الفروق بين العاديين والمدمنين على المخدرات في إستراتيجيات مواجهة الضغوط، والتي سيتم التطرق إليها بالتفصيل فيما يلي:

ينص الفرض الخاص بإستراتيجيات المواجهة ما يلي: " يختلف العاديون والمدمنون على المخدرات إختلافا بينا في استعمال مختلف إستراتيجيات المواجهة."

- إستراتيجية مخططات حل المشكل:

يوضح الجدول(**41**) وجود إختلافات دالة إحصائيا بين المجموعتين في إستعمال إستراتيجية مخططات حل المشكل عند مستوى 0.01 ويسير لصالح المجموعة العادية، أي أن فئة المدمنين على المخدرات أقل إستعمالا لهذا الإستراتيجية مقارنة بالعاديين عند مواجهة الضغوط المختلفة.

- إستراتيجية التصدي:

أسفرت النتائج عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في إستعمال إستراتيجية التصدي عند مستوى 0.05، أي لا يختلف المدمنون على المخدرات والعاديون في إستعمال هذا الإستراتيجية عند مواجهة الضغوط.

- إستراتيجية إتخاذ مسافة:

بينت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين في إستعمال إستراتيجية إتخاذ مسافة، وجاء الفرق دال عند مستوى 0,01 ويسير لصالح المجموعة العادية، أي أن المدمنين على المخدرات أقل إستعمالا لهذا الإسترتيجية مقارنة بالعاديين.

- إستراتيجية ضبط الذات:

يتضح من الجدول (**41**) وجود إختلاف دال بين المجموعتين في إستعمال إستراتيجية ضبط الذات عند مستوى 0,01 ويسير الفرق لصالح المجموعة العادية، أي أن المدمنين على المخدرات أقل إستعمالا لهذا الإستراتيجية مقارنة بالعاديين عند مواجهة الضغوط.

- إستراتيجية تجنب – تهرب:

أسفرت النتائج وجود فروق جوهرية بين المجموعة العادية والمدمنين على المخدرات في إستعمال إستراتيجية تجنب – تهرب لصالح الفئة الثانية عند مستوى 0,01، أي أن المجموعة العادية أقل إستعمالا لهذا الإستراتيجية من المدمنين على المخدرات.

- إستراتيجية البحث عن سند إجتماعي:

بينت الأرقام الموضحة في الجدول (**41**) وجود فروق دالة بين المجوعة العادية والمدمنين على المخدرات في إستعمال إستراتيجية البحث عن سند اجتماعي، وجاء الفرق دال عند مستوى 0.01 ويسير لصالح المجموعة العادية، أي أن المدمنين على المخدرات أقل إستعمالا لهذا الإستراتيجية من العاديين.

- إستراتيجية تحمل المسؤولية:

يتضح من الجدول (41) عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين في إستعمال إستراتيجية تحمل المسؤولية عند مستوى 0.05، أي لا يختلف العاديون والمدمنون على المخدرات في إستعمال هذا الإستراتيجية عند مواجهة الضغوط المختلفة.

- إستراتيجية إعادة التقدير الأيجابي:

أسفرت النتائج وجود إختلافات دالة بين المجموعتين في إستعمال إستراتيجية إعادة التقدير الإيجابي عند مستوى 0.01 ويسير الفرق لصالح المجموعة العادية، أي أن المدمنين على المخدرات أقل إستعمالا لهذا الإستراتيجية مقارنة بالعاديين.

نستنتج مما تقدم وجود إختلافات دالة بين المجموعة العادية والمدمنين على المخدرات في إستعمال إستراتيجيات مخططات حل المشكل، وإتخاذ مسافة، وضبط الذات، والبحث عن سند إجتماعي و إعادة التقدير الإيجابي لصالح العاديين، وإستعمال إستراتيجية تجنب– تهرب لصالح المدمنين على المخدرات، في حين بينت النتائج عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في إستعمال إستراتيجيتي التصدي وتحمل المسؤولية، أي لا يختلف العاديون والمدمنون على المخدرات في إستعمال هاتين الإستراتيجيتين.

* العاديين ومحاولي الأنتحار.

جدول رقم (42): نتائج إختبار(ت) للفروق في متوسط مختلف إستراتيجيات المواجهة المستعملة بين العاديين ومحاولي الأنتحار.

إستراتيجيات المواجهة	العاديين		محاولي الأنتحار		قيمة(ت)	مستوى الدلالة
	المتوسط الحسابي	الأنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الأنحراف المعياري		
مخططات حل مشكل	9.64	3.71	4.80	2.58	5.62	دال عند 0.01
التصدي	6.99	3.67	6.25	2.48	0.87	غير دال 0.05
إتخاذ مسافة	8.66	3.38	5.05	2.78	4.56	دال عند 0.01
ضبط الذات	10.93	3.21	6.95	2.23	5.37	دال عند 0.01
تجنب –تهرب	10.15	3.61	11.05	2.48	-1.07	غير دال 0.05
البحث عن سند إجتماعي	7.91	3.44	3.85	2.56	5.07	دال عند 0.01
تحمل المسؤولية	5.38	2.63	4.80	1.47	0.96	غير دال 0.05
إعادة التقدير الأيجابي	11.52	3.42	7.55	3.13	4.90	دال عند 0.01

سيتم فيما يلي عرض نتائج المقارنة بين المجموعة العادية ومحاولي الإنتحار في إستراتيجيات مواجهة الضغوط، والتي سيتم التطرق إليها بالتفصيل فيما يلي:

ينص الفرض المتعلق بإستراتيجيات المواجهة ما يأتي: " يختلف العاديون و محاولوا الإنتحار إختلافا دالا في إستعمال مختلف إستراتيجيات المواجهة."

- **إستراتيجية مخططات حل المشكل:**

يتضح من الجدول (**42**) وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين في إستعمال إستراتيجية مخططات حل المشكل عند مستوى0.01 ويسير الفرق لصالح المجموعة العادية، أي أن فئة محاولي الإنتحار أقل إستعمال لهذا الإستراتيجية من العاديين عند مواجهة الضغوط.

- **إستراتيجية التصدي:**

بينت النتائج عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في إستعمال إستراتيجية التصدي عند مستوى 0.05، أي لايختلف العاديون ومحاولوا الإنتحار في إستعمال هذا الإستراتيجية.

- **إستراتيجية إتخاذ مسافة:**

أسفرت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين في إستعمال إستراتيجية إتخاذ مسافة عند مستوى 0,01 ويسيرالفرق لصالح المجموعة العادية، أي أن فئة محاولي الإنتحار أقل إستعمالا لهذا الإستراتيجية من العاديين.

- **إستراتيجية ضبط الذات:**

يتضح من الجدول (**42**) وجود إختلاف دال بين المجموعتين في إستعمال إستراتيجية ضبط الذات عند مستوى 0,01 ويسير الفرق لصالح المجموعة العادية، أي أن فئة محاولي الإنتحار أقل إستعمالا لهذا الإستراتيجية من العاديين.

- **إستراتيجية تجنب– تهرب:**

بينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين في الإستعمال إستراتيجية تجنب-تهرب عند مستوى 0.05، أي لا يختلف العاديون و محاولوا الإنتحار في إستعمال هذا الإستراتيجية عند مواجهة الضغوط.

- **إستراتيجية البحث عن سند إجتماعي:**

أسفرت النتائج فيما يخص إستعمال إستراتيجية البحث عن سند إجتماعي وجود إختلاف دال إحصائيا بين المجموعتين عند مستوى 0,01 ويسير لصالح المجموعة العادية، أي أن فئة محاولي الإنتحار أقل إستعمالا لهذا الإستراتيجية مقارنة بالعاديين.

- إستراتيجية تحمل المسؤولية:

يتضح من الجدول **(42)** عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في إستعمال إستراتيجية تحمل المسؤولية، أي لا يختلف العاديون ومحاولوا الإنتحار في إستعمال هذا الإستراتيجية عند مواجهة الضغوط.

- إستراتيجية إعادة التقدير الأيجابي:

تبين النتائج الموضحة في الجدول **(42)** وجود إختلاف دال في إستعمال إستراتيجية إعادة التقدير الإيجابي بين المجموعتيين عند مستوى 0,01 وسير الفرق لصالح المجموعة العادية، أي أن فئة محاولي الإنتحار أقل إستعمالا لهذا الإستراتيجية من العاديين.

نستخلص مما تقدم وجود إختلافات دالة بين العاديين ومحاولي الإنتحار في إستعمال إستراتيجيات: مخططات حل المشكل، وإتخاذ مسافة، وضبط الذات، والبحث عن سند إجتماعي وإعادة التقدير الإيجابي لصالح العاديين، بينما أسفرت النتائج عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين في إستعمال إستراتيجيات التصدي، وتجنب - تهرب وتحمل المسؤولية، أي لا يختلف العاديون ومحاولوا الإنتحار في إستعمال هذا الإستراتيجيات.

يتضح من عرض النتائج المبينة في الجداول رقم **39**، **40**، **41** و**42** وجود فروق جوهرية ودالة إحصائيا بين المجموعة العادية و كل مجموعة مرضية على حدى (مرضى الربو، والسكرّي، والمدمنون على المخدرات ومحاولوا الإنتحار) في بعض إستراتيجيات المواجهة، في حين كان الإختلاف غير دال في الإستراتيجيات الأخرى. و تؤكد هذا النتائج صحة الفرض السادس للبحث وقد تحقق بشكل جزئي.

4- النتائج العامة للبحث.

أسفرت نتائج البحث الحالي بإستخدام إختبار " ت " لقياس دلالة الفروق بين متوسط مجموعتي البحث في مختلف متغيرات الدراسة على ما يلي:

4-1 الضغط النفسي:

- تظهر المجموعة المرضية شدة ضغط نفسي أكبر من المجموعة العادية.

- يظهر مرضى الربو، ومرضى السكري، والمدمنون على المخدرات ومحاولوا الإنتحار شدة ضغط نفسي أكبر من العاديين.

4-2 سمات الشخصية:

- يظهر المرضى تقدير منخفض للذات ومستوى فعالية ذات أقل مقارنة بالعاديين.
- يظهر المرضى مستوى أعلى في سمة القلق مقارنة بالعاديين.
- يظهر مرضى الربو، ومرضى السكري، والمدمنون على المخدرات ومحاولوا الإنتحار تقدير منخفض للذات مقارنة بالعاديين.
- يظهر مرضى الربو، ومرضى السكري، والمدمنون على المخدرات ومحاولوا الإنتحار مستوى فعالية ذات أقل من العاديين.
- يظهر مرضى الربو، ومرضى السكري، والمدمنون على المخدرات ومحاولوا الإنتحار مستوى أعلى في سمة القلق مقارنة بالعاديين.

4-3 إستراتيجيات المواجهة:

- يختلف المرضى عن العاديين إختلافا دالا في إستعمال بعض إستراتيجيات المواجهة.
- يستعمل العاديون إستراتيجيات مخططات حل المشكل، وإتخاذ مسافة، وضبط الذات، وإعادة التقدير الإيجابي والبحث عن سند اجتماعي أكثر من المرضى.
- يستعمل المرضى إستراتيجية تجنب – تهرب أكثر من العاديين.
- لا يختلف المرضى والعاديون في إستعمال إستراتيجيتي التصدي وتحمل المسؤولية.
- يختلف مرضى الربو، ومرضى السكري، والمدمنون على المخدرات ومحاولوا الإنتحارعن العاديين إختلافا دالا في إستعمال يعض إستراتجيات المواجهة.
- يستعمل العاديون إستراتيجيات مخططات حل المشكل، وإتخاذ مسافة، وضبط الذات وإعادة التقدير الإيجابي أكثر من مرضى الربو، ومرضى السكري، والمدمنون على المخدرات ومحاولوا الانتحار.
- يستعمل مرضى الربو، والمدمنون على المخدرات إستراتيجية تجنب- تهرب أكثر من العاديين.
- يستعمل مرضى السكري، والمدمنون على المخدرات ومحاولوا الانتحار إستراتيجية البحث عن سند إجتماعي أقل من العاديين.
- لايختلف مرضى الربو والعاديون في إستعمال إستراتيجية البحث عن سند اجتماعي.
- لا يختلف مرضى السكري و محاولوا الانتحار والعاديون في إستعمال إستراتيجية تجنب – تهرب.
- لايختلف مرضى الربو، ومرضى السكري، والمدمنون على المخدرات، ومحاولوا الإنتحار والعاديون في إستعمال إستراتيجيتي التصدي وتحمل المسؤولية.

و يمكن تلخيص مختلف نتائج البحث الحالي في الجدول التوضيحي التالي:

جدول رقم(43): نتائج المقارنة بين العاديين والمرضى وبين العاديين وكل مجموعة مرضية على حدى في متغيرات البحث الحالي.

المجموعة / متغيرات البحث		المجموعة العادية	المجموعة المرضية الكلية	كل مجموعة مرضية على حدى: مرضى الربو	مرضى السكري	المدمنون على المخدرات	محاولوا الانتحار
الضغط النفسي		منخفض	مرتفع	مرتفع			
سمات الشخصية	تقدير الذات	مرتفع	منخفض	منخفض			
	فعالية الذات	مرتفع	منخفض	منخفض			
	سمة القلق	منخفض	مرتفع	مرتفع			
إستراتيجيات المواجهة	مخططات حل مشكل	أكثر إستعمالا	أقل إستعمالا	أقل إستعمالا للاستراتيجية			
	التصدي	لا يوجد فروق	لا يوجد فروق	لا يوجد فروق في إستعمال هذه الاستراتيجية			
	إتخاذ مسافة	أكثر إستعمالا	أقل إستعمالا	أقل إستعمالا لهذه الاستراتيجية			
	ضبط الذات	أكثر إستعمالا	أقل إستعمالا	أقل إستعمالا لهذه الاستراتيجية			
	تجنب-تهرب	أقل إستعمالا	أكثر إستعمالا	أكثر إستعمالا	لا يوجد فروق	أكثر إستعمالا	لا يوجد فروق
	البحث عن سند إجتماعي	أكثر إستعمالا	أقل إستعمالا	لا يوجد فروق	أقل إستعمالا لهذه الاستراتيجية		
	تحمل المسؤولية	لا يوجد فروق	لا يوجد فروق	لا يوجد فروق في إستعمال هذه الاستراتيجية			
	إعادة التقدير الايجابي	أكثر إستعمالا	أقل إستعمالا	أقل إستعمالا لهذه الاستراتيجية			

5- علاقة الضغط النفسي بسمات الشخصية:

ينص الفرض السابع للبحث الحالي أن " هناك إرتباط دال بين شدة الضغط النفسي وسمات الشخصية من تقدير ذات، وفعالية الذات وسمة القلق لدى العاديين و المرضى".

للتحقق من صحة هذا الفرض تم تحديد العلاقات الإرتباطية الدالة بين الضغط النفسي وسمات الشخصية بإستعمال معامل الإرتباط لـ" **Pearson** "، فأسفرت النتائج على الإرتباطات الموضحة في الجداول التالية:

5-1 معاملات الآرتباط بين الضغط النفسي وسمات الشخصية لدى العاديين.

يوضح الجدول التالي مجموعة من الإرتباطات بين الضغط النفسي وكل من تقدير ذات، وفعالية الذات و سمة القلق لدى العاديين.

جدول رقم (44): معاملات الآرتباط بين الضغط النفسي وسمات الشخصية لدى العاديين.

المتغيرات	معامل الآرتباط	الدلالة
ضغط / تقدير ذات	-0.45	دال عند 0.01
ضغط / فعالية ذات	-0.50	دال عند 0.01
ضغط / سمة القلق	0.75	دال عند 0.01

يتضح من الجدول ما يلي:

- توجد علاقة إرتباطية سالبة دالة إحصائيا عند 0.01 بين الضغط النفسي وتقدير الذات لدى العاديين، أي كلما إنخفض الشعور بتقدير الذات إرتفع الضغط النفسي، وينخفض الشعور بالضغط كلما إرتفع تقدير الذات.

- توجد علاقة إرتباطية سالبة دالة إحصائيا عند 0.01 بين الضغط النفسي وفعالية الذات لدى العاديين، أي كلما إنخفض الشعور بفعالية الذات إرتفع الضغط النفسي، وينخفض الشعور بالضغط كلما إرتفعت فعالية الذات.

- توجد علاقة إرتباطية موجبة دالة إحصائيا عند 0.01 بين الضغط النفسي وسمة القلق لدى العاديين، أي كلما كانت درجة سمة القلق مرتفعة كلما إرتفع الشعور بالضغط النفسي، وينخفض الشعور بالضغط كلما إنخفضت درجة سمة القلق.

5-2 معاملات الارتباط بين الضغط النفسي وسمات الشخصية لدى المرضى.

يوضح الجدول التالي مجموعة من الإرتباطات بين الضغط النفسي وكل من تقدير ذات، وفعالية الذات وسمة القلق لدى المرضى.

جدول رقم (45): معاملات الارتباط بين الضغط النفسي وسمات الشخصية لدى المرضى.

المتغيرات	معامل الارتباط	الدلالة
ضغط / تقدير ذات	-0.49	دال عند 0.01
ضغط / فعالية ذات	-0.96	دال عند 0.01
ضغط / سمة القلق	0.72	دال عند 0.01

يتضح من الجدول ما يلي:

- توجد علاقة إرتباطية سالبة دالة إحصائيا عند 0.01 بين الضغط النفسي وتقدير الذات لدى المرضى، أي كلما إنخفض الشعور بتقدير الذات إرتفع الضغط النفسي، وينخفض الشعور بالضغط كلما إرتفع تقدير الذات.

- توجد علاقة إرتباطية سالبة دالة إحصائيا عند 0.01 بين الضغط النفسي وفعالية الذات لدى المرضى، أي كلما إنخفض الشعور بفعالية الذات إرتفع الضغط النفسي، وينخفض الشعور بالضغط كلما إرتفعت فعالية الذات.

- توجد علاقة إرتباطية موجبة دالة إحصائيا عند 0.01 بين الضغط النفسي وسمة القلق لدى المرضى، أي كلما كانت درجة سمة القلق مرتفعة كلما إرتفع الشعور بالضغط النفسي، وينخفض الشعور بالضغط كلما إنخفضت درجة سمة القلق.

نستنتج من الجدولين رقم **44** و **45** وجود إرتباط سالب دال إحصائيا بين الضغط النفسي وسمات الشخصية من تقدير الذات و فعالية الذات، وإرتباط موجب دال إحصائيا بين الضغط النفسي وسمة القلق لدى العاديين والمرضى. و تؤكد هذه النتائج صحة الفرض السابع للبحث.

6- علاقة الضغط النفسي بإستراتيجيات المواجهة.

ينص الفرض الثامن للبحث الحالي أن " هناك إرتباط دال بين شدة الضغط النفسي ومختلف إستراتيجيات المواجهة لدى العاديين والمرضى". و للتحقق من صحة هذا الفرض تم تحديد العلاقات الإرتباطية الدالة بين الضغط النفسي ومختلف إستراتيجيات المواجهة بإستعمال معامل الإرتباط لـ" **Pearson** "، فأسفرت النتائج على الإرتباطات الموضحة في الجداول التالية:

6-1 معاملات الارتباط بين الضغط النفسي وإستراتيجيات المواجهة لدى العاديين.

يوضح الجدول التالي مجموعة من الإرتباطات بين الضغط النفسي وكل إستراتيجية من إستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى العاديين.

جدول رقم (46): معاملات الارتباط بين الضغط النفسي وإستراتيجيات المواجهة لدى العاديين.

المتغيرات	المعامل	الدلالة
ضغط/ مخططات حل المشكل	-0.23	دال عند 0.05
ضغط / التصدي	0.07	غير دال 0.05
ضغط / إتخاذ مسافة	-0.15	غير دال 0.05
ضغط / ضبط الذات	0.09	غير دال 0.05
ضغط / تجنب- تهرب	0.37	دال عند0.01
ضغط / سند اجتماعي	-0.03	غير دال 0.05
ضغط / تحمل المسؤولية	0.18	غير دال 0.05
ضغط/إعادة التقدير الايجابي	-0.17	غير دال 0.05

يتضح من الجدول ما يلي:

- توجد علاقة إرتباطية سالبة دالة إحصائيا عند 0.05 بين الضغط النفسي وإستراتيجية مخططات حل المشكل لدى العاديين، أي كلما إنخفض إستعمال هذه الإستراتيجية إرتفع الشعور بالضغط النفسي، وينخفض الشعور بالضغط كلما إرتفع إستعمال هذه الإستراتيجية.

- توجد علاقة إرتباطية موجبة دالة إحصائيا عند 0.01 بين الضغط النفسي وإستراتيجية تجنب- تهرب لدى العاديين، أي كلما إرتفع إستعمال هذه الإستراتيجية كلما إرتفع الشعور بالضغط النفسي، وينخفض الشعور بالضغط كلما إنخفض إستعمال هذه الإستراتيجية.

- لا توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا عند 0.05 بين الضغط النفسي وكل من إستراتيجيات التصدي، وإتخاذ مسافة، وضبط الذات، والبحث عن السند الإجتماعي، وتحمل المسؤولية وإعادة التقدير الإيجابي لدى العاديين.

6-2 معاملات الآرتباط بين الضغط النفسي وإستراتيجيات المواجهة لدى المرضى.

يوضح الجدول التالي مجموعة من الإرتباطات بين الضغط النفسي وكل إستراتيجية من إستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى.

جدول رقم (47): معاملات الآرتباط بين الضغط النفسي وإستراتيجيات المواجهة لدى المرضى.

المتغيرات	المعامل	الدلالة
ضغط/ مخططات حل المشكل	-0.30	دال عند 0.01
ضغط / التصدي	-0.06	غير دال 0.05
ضغط / إتخاذ مسافة	-0.22	دال عند 0.01
ضغط / ضبط الذات	-0.20	دال عند 0.05
ضغط / تجنب- تهرب	0.26	دال عند 0.01
ضغط / سند اجتماعي	-0.26	دال عند 0.01
ضغط / تحمل المسؤولية	0.05	غير دال 0.05
ضغط/إعادة التقدير الآيجابي	-0.32	دال عند 0.01

يتضح من الجدول ما يلي:

- توجد علاقة إرتباطية سالبة دالة إحصائيا عند بين الضغط النفسي وإستراتيجيات مخططات حل المشكل، وإتخاذ مسافة، والبحث عن السند الإجتماعي وإعادة التقدير الإيجابي(عند0.01) وضبط الذات(عند 0.05) لدى المرضى، أي كلما إنخفض إستعمال هذه الإستراتيجيات إرتفع الشعور بالضغط النفسي، وينخفض الشعور بالضغط كلما إرتفع إستعمال هذه الإستراتيجيات.
- توجد علاقة إرتباطية موجبة دالة إحصائيا عند 0.01 بين الضغط النفسي وإستراتيجية تجنب- تهرب لدى المرضى، أي كلما إرتفع إستعمال هذه الإستراتيجية كلما إرتفع الشعور بالضغط النفسي، وينخفض الشعور بالضغط كلما إنخفض إستعمال هذه الإستراتيجية.
- لا توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا عند 0.05 بين الضغط النفسي وكل من إستراتيجيات التصدي و تحمل المسؤولية لدى المرضى.

نستنتج من الجدولين رقم **46**و **47** وجود إرتباط سالب دال إحصائيا بين الضغط النفسي وبعض إستراتيجيات المواجهة، وإرتباط موجب دال إحصائيا بين الضغط النفسي وإستراتيجيات المواجهة الأخرى لدى العاديين والمرضى، كما أسفرت النتائج عدم وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين الضغط النفسي وبعض إستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى العاديين والمرضى. وتؤكد هذه النتائج صحة الفرض الثامن للبحث الحالي بشكل جزئي فقط.

تـمـهـيـد

تتعدد تساؤلات هذا البحث وفرضياته المختلفة، كما أسفر عرض النتائج صحة بعض فرضياته ونفي بعضها الآخر. وعليه سيتم لاحقا مناقشة نتائج الدراسة الحالية وتفسيرها وفق المتغيرات محل البحث، وفي ضوء التراث السيكولوجي والدراسات السابقة في مجال علاقة الضغوط النفسية بالصحة والمرض، وتتمثل فيما يلي:

1- الضغط النفسي

1-1 مناقشة نتائج الفرض الأول

إفترضت الدراسة الحالية وجود إختلاف في شدة الضغط بين مجموعتي الدراسة. وتشير التحاليل الإحصائية، كما موضح في الجدول **(28)** على وجود فروق جوهرية بين المجموعتين في شدة الضغط النفسي حيث تبين أن مجموعة المرضى تظهر شعورا مرتفعا في شدة الضغط النفسي مقارنة بالعاديين.

تتفق هذا النتائج في جوهرها مع ما أقرا التراث السيكولوجي في مجال الضغط، فالتعرض المتكرر للضغوط وشدتها يترتب عليها إعتلال للصحة النفسية والجسدية. وفي هذا المجال، صرح **Hans Selye** نقلا عن **Bensabat(1980)** " لقد تمكنا اليوم من فهم الكثير من الأمراض الشائعة الناتجة عن نقص التكيف للضغط، لذلك يجب على الإنسان المعاصر أن يتحكم في الضغط وتعلم كيف يواجه ويتكيف، وإلا سيكون عرضة للفشل وللمرض وللموت المبكر". وفي نفس السياق، يضيف كل من **Adler(1994)** و**Miller(1997)** و**O'Leary(1997)** نقلا عن **Westen(2000)** بأن للضغط تأثير معتبر ليس فقط على الراحة النفسية ولكن أيضا على الصحة والمرض والوفاة.

فهناك دليلا متراكما من خلال البحوث أن هناك علاقة بين أحداث الحياة الضاغطة وكل من الإضطراب الجسمي والنفسي. وتشير الإحصائيات الطبية التي نشرتها منظمة الصحة العالمية في تقريرها السنوي حول الوضع الصحي في العالم أن الإضطرابات الصحية التي لها صلة بالضغوط والظروف البيئية السلبية الأخرى تمثل ما بين **50** و**80%** من كل الأمراض المعروفة **(يخلف 2001)**. في هذا الصدد، أسفرت دراسة **Delongis** وآخرون**(1988)** نقلا عن **مبروك (2000)** حول أثر الضغط اليومي على الحالة النفسية والجسدية للأفراد، أنه كلما زادت المنغصات اليومية ساءت الحالة النفسية والجسدية للأفراد. كما توصل **Gannon** وآخرون **(1989)** نقلا عن **سالم (2002)** إلى أن هناك علاقة دالة بين الضغوط البيئية وظهور الأعراض الجسمية أو النفسية. كما تؤكد نتائج دراسة " **محمد عبد الخالق**" **(1993)** نقلا عن **عبد السلام (2000)** أن أعلى نتائج مستويات الإضطرابات النفسية والعضوية

توجد لدى الأفراد الذين يتعرضون لضغوط بيئية مرتفعة، وأن التعرض لأحداث الحياة الضاغطة لفترة طويلة ومستمرة لا تسبب القلق المزمن فحسب بل إنها أيضا تغير من معدلات كل من الإضطرابات النفسية وتؤدي إلى الوفاة وإلى تقدم العمر قبل الأوان. تؤكد نتائج مختلف هذا الدراسات الصلة بين التعرض للضغوط النفسية وبين أشكال المعاناة النفسية والجسدية، وتتفق في جوهرها مع نتيجة البحث الحالي الذي أسفر على أن المرضى أكثر شعورا بالضغط النفسي من العاديين.

2-1 مناقشة نتائج الفرض الثاني

جاء في الفرض الثاني للبحث الحالي " أن هناك إختلاف دال في شدة الضغط النفسي بين المجموعة العادية وكل مجموعة مرضية على حدى لصالح المرضى". ويتضح من الجداول رقم **29، 30، 31، 32** أن مرضى الربو، والسكري، والمدمنين على المخدرات ومحاولي الإنتحار أكثر شعورا بالضغط النفسي من العاديين. وتتفق هذا النتيجة مع ما أسفر عليه الفرض الأول للبحث.

وفي مجال تأثير الضغط النفسي على الصحة، فقد وضح كل من **Cohen** و**Manuck** نقلا عن **العيسوي (2000)** بأن للضغط دور هام في نشأة وتفاقم مجموعة واسعة من الأمراض النفسية- الجسدية. ويضيف **Ferreri (1993)** بأن هناك إرتباط بين عدد من الإضطرابات التي يطلق عليها الأمراض السيكوسوماتية بإستجابة لا توافقية للضغط، وتظهر هذا الإستجابة المرضية عندما يكون الحدث الضاغط شديد ومتكرر ويتجاوز قدرات الفرد التكيفية**.** فالأمراض النفسية - الجسدية حسب **عويضة (1996)** هي تلك الأمراض التي تصيب أحد أجهزة الجسم نتيجة ضغوط نفسية متراكمة، وتترك تلفا أو آثارا فسيولوجية كخلل في أحد أعضاء الجسم**.** كما تعرفها دائرة المعارف البريطانية نقلا عن **المشعان(2000)** بأنها الإستجابة للصراعات والضغوط الإنفعالية التي تأخذ شكل إضطرابات جسمية مثل الربو، وقرحة المعدة، والقولون، وضغط الدم، والسكري والإضطرابات الجلدية**.** وفي هذا السياق، أسفرت دراسة " **عبد المعطي" (1989)** وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى السيكوسوماتين والأسوياء في إدراكهم لأحداث الحياة، حيث كانت الفروق لصالح المرضى السيكوسوماتين مما يشير إلى أنهم أكثر تأثيرا بأحداث الحياة وضغوطها من الأسوياء**.**

وبالرجوع إلى البحث الحالي أسفرت نتائجه على وجود إختلاف دال في شدة الضغط بين مرضى الربو والعاديين، فالربويين أكثر ضغطا من أقرانهم العاديين كما يتضح مـن الجدول **(29)**، وتتفق هذا النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة حيث أكدت دراسات كل من **Levitan (1985)** و**Teiramae (1986)** نقلا عن **(Klinnert et al,1994)** الإرتباط بين الضغوط الإنفعالية وظهور مرض الربـو، ويمكن للضغوط

النفسية تفجير مرض الربو لدى الأفراد الذين لديهم قابلية وراثية لتطوير المرض. كما أوضحت أعمال كل من **Boyce** وآخرون و**Meyer** نقلا عن **(Klinnert et al,1994)** بأن الضغوط النفسية تمثل عوامل تنبؤية دالة لظهور الربو لدى الأفراد ذوي إستعداد وراثي للمرض، ويظهر أن التفاعل بين الخطر الوراثي والضغط النفسي يؤثر على ظهور الربو.

وفي مجال تأثير الضغط النفسي على مرضى السكري، يتضح من الجدول رقم **(30)** وجود فروق جوهرية في شدة الضغط النفسي بين مجموعتي البحث حيث تبين أن مجموعة مرضى السكري تظهر شعورا مرتفعا في شدة الضغط النفسي مقارنة بالعاديين. وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة "**الأربعي**" **(1996)** نقلا عن **عبد الرحمن(2000)** حول دلالة الفروق بين مرضى السكري والأسوياء في الإستجابة لضغوط الحياة في المجتمع السعودي، حيث وجد أن مرضى السكر أكثر إدراكا لحجم ضغوط الحياة وأكثر إحساسا بشدتها من العاديين**.** كما قام "**روبنسون**" **(1983)** نقلا عن **(Damiens- Delloye,1985)** بدراسة مقارنة بين مرضى السكري والعاديين، إتضح وجود زيادة هامة سريريا في عدد الحوادث الحياتية الراهنة قبل ظهور مرض السكر عند نسل المريض، فكثير من حالات داء السكري تصرθ بظهور المرض فجأة بعد التعرض لصدمة إنفعالية. وفي هذا السياق، أشار **Dejours** **(1977)** أن ظهور داء السكر يلي ويتبع في العديد من الحالات صدمة إنفعالية أوعاطفية خاصة وعنيفة، وأن هناك إرتباط هام بين نسبة السكر في الدم أثناء التعرض للإنفعالات العنيفة والوضعيات الضاغطة. ويؤكد **عبد الرحمن (2000)** أن أحداث الحياة الضاغطة تزيد بشكل جوهري معدل الخطر لنمو وتطور مرض السكري**.**

بهذا تعتبر الضغوط النفسية والإنفعالية عاملا هاما يزيد من إستعداد الشخص للإصابة بالسكري والربو. وتندرج هاتين الإصابتين ضمن الأمراض السيكوسوماتية التي تصيب العضوية نتيجة ضغوط نفسية متراكمة وتمثل إستجابة لا توافقية لعامل الضغط، وتعد أمراضا مزمنة تتابع المريض طول حياته وتستلزم متابعة طبية مستمرة مع الإلتزام بالنصائح الطبية. ضف إلى ذلك، ينجر عنها على المدى الطويل وعدم الإلتزام الطبي والعلاجي مضاعفات خطيرة ومزمنة كالإنسداد الشعبي والعجز التنفسي لدى مريض الربو، وفقدان البصر وأمراض الكلى والقلب والبتر لدى مريض السكري.

بالإضافة لهذا يتضح من الجدول رقم**(31)** وجود فروق دالة إحصائيا في شدة الضغط بين العاديين والمدمنين عـلى المخدرات لصالح الفئة الثانية، فهي أكثر إدراكا لشدة الضغط النفسي من العاديين. يرى **" Pehl" (1981)** نقلا عن **عبد المعطي (2002)** أن دراسة ظاهرة الإدمان مهما كانت المـادة المستعملة

كحول أو مخدرات، فهي تظهر كإستجابة لمنبه يدعى الضغط. ويضيف **Commigs** وآخرون **(1980)** نقلا عن **عبد المعطي (2002)** أن الإستسلام لإستخدام المخدرات تمثل إستجابة تكيف سيء للمواقف الضاغطة مثل الصراع أو الإحساس بالإحباط، وإذا كان لدى الشخص توقعات إيجابية لآثار المادة الإدمانية فإن إستخدامها يتعزز بشكل أكبر. ويؤكد" **درويΣ" (1994)** بأن المدمن يعتاد على تناول المخدرات نظرا لما تسببه هذا المواد من آثار نفسية سارة أو مخفضة للتوتر النفسي أو الألم الجسمي، فهي تخفض مستوى القلق المصاحب لخبرة مؤلمة وتعمل على خفض مستوى الدافعية وفقدان الحماس هروبا من الضغوط المؤلمة.

وعلى الجانب الآخر، يمكن إرجاع الفروق في شدة الضغط النفسي لصالح المدمنين على المخدرات مقارنة بالعاديين إلى تعود المدمن وإعتماده على المادة المخدرة، وهذا المداومة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة مستمرة، فهي بذلك حاجة مكرهة لتعاطي المخدر والحصول عليه بجميع الوسائل مع صعوبة الإقلاع عنها، لأن الإنقطاع عنها تظهر أعراض الإنسحاب نتيجة لتبعية جسدية ونفسية لمفعول المخدر وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى إستبعاد أي نشاط آخر، فيفقد المدمن السيطرة على نفسه وتظهر مشكلات صعوبة التوافق مع الحياة الاجتماعية وتسوء علاقاته بأسرته، بالإضافة إلى الأضرار الصحية. فالإدمان على المخدرات يمثل في حد ذاته مصدر للضغط كما صرθ بذلك العديد من المدمنين، ويمكن إرجاع ذلك إلى صعوبة الإقلاع عن التعاطي وعدم القدرة على تحمل الآثار النفسية والجسمية عند الإنقطاع عن المخدر وصعوبة الحصول على المادة المخدرة وإن وجدت فهي مكلفة ماديا، بالإضافـة إلى أن أفـراد الفـئة المدمنة على المخدرات لعينة البحث الحالي من البطالين **(36,17%)** والطلبة والمتربصين **(25,53%)** والعمال الذين يمارسون أعمال يومية **(38,29%)(أنظر الجدول رقم 10)**، كما أن غالبيتهم يدخنون السجائر ويستهلكون المشروبات الكحولية، وكل هذا المواد الإدمانية مكلفة مما يزيد من مستوى الضغط النفسي، لأن هناك تضافر للبطالة وضعف الدخل أو عدمه والتدخين وتعاطي الكحول والمخدرات والمشاكل العائلية، كما قد يتورط المدمن للحصول على المال لتغطية حاجاته الإدمانية المختلفة إلى السلوك الإجرامي كالعنف والسرقة، كما أن تراكم هذا الضغوط المزمنة وإستمرارها أدت بالعديد من الحالات إلى القيام بمحاولات إنتحار **(بنسبة 42,55%)** كما يتضح من الجدول رقم **(22)** من خلال شق الوريد والطعن بالسكين نتيجة نقص المادة الإدمانية وعدم تحمل آلام الإنقطاع والبطالة مع الشعور باليأس. كل هذا المعاناة النفسية، والإجتماعية والإقتصادية والمهنية تزيد من شدة الضغط النفسي لدى فئة المدمنين على المخدرات مقارنة بالعاديين مما يؤثر على صحتهم النفسية والجسدية.

كما أسفـرت نتائج الدراسة الحالية وجود إختلاف دال في شدة الضغط بين العاديين ومحاولي الإنتحار، فالعاديين أقل إدراكا لشدة الضغط النفسي من محاولي الإنتحار. فالفرد يقدم لمحاولة الإنتحار للخلاص من مشاكله وصعوباته غير المحتملة التي نشأت من حياته **(الجيوΣ ٱ د ت)**ٱ فهي محاولة للهروب من وضعية صعبة بدون حل أو مخرج **(Bloch et al ,1993)**ٱ فالشخص الذي يحاول الإنتحار يتمنى إنـهاء معاناته ولا يرغب حقيقة فـي الموت، لأن حياته أصبحت لا تـطاق ولا يرى حـلولا أخرى ويصبح المـرور للفعل الإنتحاري على وشيك الـوقوع خاصة عند وجود حدث معجل **(Hall et al,1999).** ويضيف **"Choquet" (1989)** بأن وجود عامل ضاغط يزيد من خطر الإنتحار، فالفرد أمام حدث صدمي أو مفجر يضعه في حالة من التوتر ويؤدي عجزا لحل الوضعية إلى زيادة التوتر النفسي الذي يظهر على شكل قلق متزايد، وإستثارة، وزيادة في العدوانية والإحساس بالعجز في حل المشكل، مما يسهم في تفاقم الإحساس بالتهديد الذي يسبق المرور للفعل الإنتحاري المدرك كمخرج وحيد ممكن من الأزمة. وعـليه تعتـبر عـوامل الضغط المستمـرة والـحادة من العوامل المعجلـة للمرور للفعل الانتحاري.

زيادة عن هذا توضح التحاليل الإحصائية أن **90%** من محاولي الإنتحار من الإناث العازبات اللواتي يتراوθ سنهن بين 15 و30 سنة وهن ماكثات بالبيت وغير عاملات. هذا النتيجة تدعم دراسة **"Bensabat " (1980)** التي كشفت عن وجود فروق بين الجنسين في الإستجابة للضغط، والتي تؤكد أن الإناث أكثر إدراكا لشدة الضغط، لأن معايشة الضغوط والمعارضات والإحباطات والإستجابة لها يتم بصفة مختلفة بين الذكور والإناث نتيجة للإختلافات النفسية، والتربوية، والمسؤوليات، ونمط الحياة وأساليب المواجهة.

ضف إلى ذلك، تتفق العديد من الدراسات **(عبد الرحمنٱ2000ٱ والجيوΣ ٱدت و كاشاٱ1996)** بأن عدد محاولات النساء للإنتحار ضعف محاولات الرجال، وأن الفئة العمرية الأكثر عرضة للإنتحار ولمحاولات الإنتحار هي فئة المراهقين والشباب، كما أن السلوك الإنتحاري في تزايد مستمر لدى هذا الفئات نظرا لتراكم الصعوبات العائلية والإجتماعية، والإندفاعية، والشعور باليأس والإحباطات الشخصية مما يدفع إلى إرتكاب الفعل الإنتحاري. ويؤكد كل من **الحجار(1998) والحلبي(2000)** أن العوامل الإجتماعية كالإضطرابات العائلية وبالخصوص وجود مشاجرات بين الوالدين، ونزاعات الآباء مع الأبناء، والصدمات العاطفية، ووفاة عزيز من أفراد الأسرة قد تسرع ظهور الإكتئاب الذي بدورا قد يفضي إلى محاولة الإنتحار، مما يوضح أن عدم القدرة على التكيف الإجتماعي ضمن العائلة له أثرا الكبير على التفكير في المغامرة بالإنتحار. ويمكن القول أن معايشة هذا المشكلات لدى محاولي الإنتحار لعينة البحث الحالي تمثل ضغوطا حياتية مزمنة.

وفي هذا الصدد، يشير "**Kacha**"**(2001)** بأن من وظائف الإنتحار تجنب وضعية غير مقبولة وألـيمة جدا، فهو بذلك محاولة للهروب من وضعية صعبة تبدو بدون حل أو مخرج. ويضيف"**Lemperiere** " نقلا عن **(Bloch et al,1993)** بأن الإنتحار عموما معناةا فعل التحرر من وضعية حكم عليها بأنها مؤلمة وقاسية وغير قابلة للتغير، وهذا ما دفع "**Drieu La Rochelle** " إعتبار الإنتحار فعل هؤلاء الذين ليس لديهم أفعال أخرى للقيام بها(**Le suicide est un acte de ceux qui n'ont pu en accomplir d'autres**) كما أشار "**Pommereau** " **(1996)** أنه يمكن للشخص الذي يفكر في الإنتحار الشعور بالإنفراج عندما يصبح الإنتحار الحل النهائي لمشكلته لأنه يملك الآن طريقة تؤدي لوضع حد لمعاناته، والوصول لهذةا المرحلة يحدث قطعا إنفعاليا للفرد مع الآخرين والإحساس بالوحدة والعزلة مما قد يؤدي إلى إرتكاب الفعل الإنتحاري.

يتضح مما تقدم تأييد نتائج الدراسة الحالية للدراسات السابقة بأن هناك الكثير من الحقائق المتجمعة عن دور الضغوط النفسية في تطوير الأمراض الجسدية فضلا عن الإضطرابات النفسية، فضغوط أحداث الحياة تجعل الفرد فريسة للأمراض الجسمية والنفسية. وتبين أن التنبؤ بالمرض يتناسب طرديا مع شدة الإجهاد والتعرض للضغط. ضف إلى ذلك، فإن التحدث عن الضغوط النفسية يجرنا للحديث عن مصادرها لفهم وقعها على صحة الفرد النفسية أو الجسدية.

* مصادر الضغوط النفسية

يؤكد " **الأشول**" **(1993)** أنه لا يمكن القول بأن شخصا ما يعاني من الضغوط ما لم يكن هناك مصدرا لهذةا الضغوط وإستجابات من جانب الفرد. وفي هذا السياق، يشير" **فايد**" **(2000)** أن ضغوط الحياة قد تتعلق بالمجال الإقتصادي، والمهني، والعاطفي، والزواجي، والأسري، والصحي، والإنفعالي والشخصي. فالأحداث الإقتصادية تشمل النقص في الدخل، وخسارة مالية كبيرة، وديون لا يمكن سدادها. أما الأحداث المهنية تضم البطالة، والفصل من العمل، وعمل لا يتناسب مع التخصص، وخلافات مع الزملاء والرؤساء في العمل. بينما تشمل الأحداث العاطفية والزواجية الفشل في الزواج ممن تحب، وفسخ الخطوبة، ووفاة شخص عزيز أو أحد أفراد الأسرة، والطلاق، وإكتشاف خداع الخطيب أو الزوج أو سيطرته أو وجود خلافات شديدة معه. وتضم الأحداث الأسرية مشاجرات وخلافات بين الوالدين، ومشاجرات بين الإخوة ومشكلات مع الوالدين. بينما تشمل الأحداث الصحية الإصابة بمرض مزمن للفرد أو أحد أفراد الأسرة أو إجراء عملية جراحية. ويضيف " **عبد الستار**" **(1998)** أن تزايد مثل هذةا الأحداث في حياة الفرد قد لا يكون مرغوب فيها من الناحية الصحية، فإستمرارها يمثل ضغوطا نفسية وعبئا وجهدا على الجسم والصحة مما قد يرتبط بالإصابة بكثير من الأمراض الجسمية والنفسية. وفي السياق

نفسه، يشير **"Bensabat" (1980)** أن عوامل مثل عدم الرضا، وخيبة الأمل، والفشل والشعور بعدم النجاح، والهموم والإنشغالات المادية والمهنية، والمشاكل العاطفية والزوجية تمثل ضغوطا نفسية وإنفعالية تتطلب من الفرد المزيد من التكيف، وقد تولد لديه توترا على المستوى النفسي والفيزيولوجي التي تؤثر بدورها وبصفة سلبية على صحته النفسية والجسدية.

وبناءا على ما سبق، وكما يتضح من الجـدول رقم **(26)** فقـد رأت الباحـثة أهمـية طرح سـؤال مفتوح **(أنظر الملحق رقم 1 السؤال رقم 32 و33)** على أفراد عينة البحث الحالي عن معاناتهم الحالية من مشاكل معينة سواء في المجال العائلي والمهني والإجتماعي مع تحديد مدى تأثيرها عليهم. وإعتمادا على هذا الخطوة، تم صياغة إستجابات العينة فيما يلي: غالبية أفراد عينة البحث الحالي يصرحون بعدم معاناتهم من مشاكل عائلية أو مهنية بنسبة تقدر بـ **61,40%** مقابل نسبة تبلغ **38,59%** يصرحون بالإيجاب لوجود مثل هذا المعاناة، بينما أسفرت النتائج أن **27,35 %** من أفراد المجموعة العادية تعاني من مشكلات أهمها المشاكل العائلية (خلاف وشجار بين الوالدين، وسوء المعاملة ومشكل مع أحد الوالدين)، ومشاكل مهنية (البطالة، وطبيعة العمل والحجم الساعي وخلاف مع رئيس العمل)، ومشاكل دراسية (صعوبات دراسية)، ومشاكل ضيق السكن وأخيرا مشاكل شخصية (الشعور بالوحدة)، بينما بلغت نسبة تقدر بـ **46,42%** من أفراد المجموعة المرضية تصرح بوجود معاناة من مشاكل وضغوط ترتبط أساسا بالمشاكل العائلية (طلاق)، ومشاكل مهنية أهمها البطالة، ومشاكل إقتصادية أهمها ضعف الدخل ، وعدم عمل الزوج ، ومشاكل عاطفية، ومشاكل ضيق السكن ومشاكل صحية (عدم الإنجاب والإدمان على المخدرات) وأخيرا المشاكل الدراسية. يتضح مما تقدم معايشة أفراد عينة الدراسة الحالية لمجموعة من الضغوط، وهي أكثر تواترا **(46,42%)** لدى المجموعة المرضية، وتبقى المشاكل العائلية أكثر مصادر الضغوط لدى عينة البحث، وهذا ما يفسر من جهة الإختلافات الملاحظة في شدة الضغط النفسي بين المرضى والعاديين، نظرا لتعرض أفراد المجموعة الأولى لمصادر ضغط أكثر من المجموعة الثانية.

وفي هذا الصدد، قامت الباحثة أيضا من خلال إستغلال "**إستبيان إستراتيجيات المواجهة**" المستعمل في الدراسة الحالية، والذي يتضمن سؤالا للمفحوص عن أهم مشكلة إعترضته وسببت له القلق وأثارت لديه درجة من الضيق **(أنظر الملحق رقم 4)** رصد أهم الأحداث والمشاكل دورانا في إجابات أفراد عينة الدراسة الحالية، وقد إنتظمت في المجالات التالية:

- المشاكل العائلية وتتعلق بالعلاقة بين الوالدين (خلافات، وطلاق، وإنفصال وإعادة زواج الأب).
- المشاكل الزوجية تتضمن الخيانة الزوجية، وإعادة الزواج وخلافات مع الخطيب.

- المشاكل الصحية وتتعلق بالإصابة بمرض مزمن (الربو، السكري) والإدمان على المخدرات، ومضاعفات المرض، وعقم الزوج وعدم الإنجاب وحمل غير شرعي.
- مشاكل مهنية تتضمن البطالة، وعدم عمل الزوج، والفصل من العمل وخلافات مع رؤساء العمل.
- مشاكل إقتصادية وتتعلق بضعف الدخل، وصعوبة المعيشة، وخسارة مالية وتكاليف العلاج.
- مشاكل دراسية تتضمن الصعوبات الدراسية ، والفشل والرسوب المدرسي والإخفاق في البكالوريا.
- مشاكل إجتماعية وتتعلق بضيق السكن.
- الحداد والفقدان كوفاة أحد الوالدين.

ويجب التنويه هنا أن أكثر الأحداث تواترا بين مجموعات البحث كانت كما يلي:

- المشاكل العاطفية، والدراسية والعائلية لدى العاديين.
- المشاكل العائلية (علائقية)، والصحية، والدراسية لدى مرضى الربو.
- المشاكل العائلية، والبطالة، والمشاكل الصحية (مضاعفات) لدى مرضى السكري.
- البطالة، والإدمان، ومشاكل علائقية -عائلية وضعف الدخل لدى المدمنين على المخدرات.
- مشاكل عائلية (خلافات بين الوالدين)، وزوجية وعاطفية لدى محاولي الإنتحار.

ضف إلى ذلك، تعتبر المشاكل الصحية كإصابة الفرد أو أحد أفراد أسرته بمرض مزمن (السكري والربو) ضغوطا هامة في حياة الفرد. ويتضح من الجدول رقم **(23)** إصابة المجموعة المرضية لعينة البحث من أمراض مزمنة كالربو والسكري، وبمشاكل صحية أخرى كالإدمان على المخدرات والقيام بمحاولات إنتحار. كما يتبين من الجدول رقم **(25)** أن غالبية أفراد عينة البحث الحالي تصرح بوجود إصابة مرضية لأحد أفراد العائلة **(57.19%)**، مقابل نسبة تقدر بـ **42.80%** تصرح بعدم وجود مثل هذه الإصابات. كما أسفرت النتائج نسبة **46.15%** من أفراد المجموعة العادية يصرحون بوجود إصابات مرضية عائلية لترتفع هذه النسبة إلى **64.88%** لدى المرضى. ويظهر أن الإصابة المرضية العائلية مست أكثر الوالدين (الأم ثم الأب)، والأقارب (الأجداد) وأخيرا الإخوة والأخوات. وتبقى أمراض السكري، والربو، وضغط الدم ومرض القلب أكثر الأمراض المزمنة تواترا. ويمكن أيضا تفسير شدة الضغوط المعاشة لدى أفراد المجموعة المرضية مقارنة بالعاديين إلى الحالة الصحية لأفراد المجموعة وعائلتهم.

وفي هذا السياق، وضحت دراسات **Varni (1983)** و**Wilcox** وآخرون **(1988)** نقلا عن **(Varni et al,1989)** بأن الأطفال والمراهقين الذين يعانون من أمراض مزمنة وإعاقات عليهم مواجهة عدد من الأحداث الحياتية الضاغطة التي ترتبط بفترات تفاقم حاد لحالتهم الصحية سـواء تعلـق الأمـر

بصعوبات الحياة اليومية أو بالمرض المزمن في حد ذاته. ويجدر الإشارة هنا أيضا أن الإصابة بمرض مزمن (السكري والربو) معناه يتابع المريض طول حياته، ويستلزم متابعة علاجية مستمرة وتكاليف مادية، بالإضافة إلى الهموم الصحية المستقبلية المرتبطة بمضاعفات المرض كالإصابة بالعجز التنفسي لدى مرضى الربو، أو تصلب الشرايين وإعتلال الكلية، وإضطراب الرؤية، والبتر والغيبوبة لدى مرضى السكري، وهذه المشاغل الصحية تزيد من شدة الضغط النفسي لدى مرضى عينة البحث الحالي مقارنة بالأفراد العاديين.

وتضاف مصادر ضغوط أخرى إلى جانب المشاكل العائلية والصحية تتمثل في مشاكل البطالة، وضيق السكن وضعف الدخل وتكاليف العلاج، هذا من شأنه أن يزيد من شدة الضغط النفسي. ووفقا لما سبق ذكره من مصادر الضغوط لدى عينة الدراسة الحالية وما يتضح من خصائص العينة **(أنظر الجداول رقم 11، 12، 13، 14، 15، 16)** يمكن أيضا تفسير وجود فروق دالة في شدة الضغط بين العاديين والمرضى لبعض هذه الخصائص، فالأفراد المرضى من الشباب العزاب ذوي مستوى تعليمي متوسط، وعاطلون عن العمل أو يمارسون وظيفة لا تسمح مثلا بتغطية تكاليف مرض مزمن، كما لا تسمح بإقتناء سكن مثلا لحل المشكلات العائلية، كما قد يكون السعي وراء منصب عمل بمستوى تعليمي متوسط والإصابة بمرض مزمن (الربو، والسكري والإدمان على المخدرات) غير مجدي وليس من السهل في المجتمع الجزائري.

تتفق هذه النتائج مع ما أشار إليه كل من **Hoffman** وآخرون **(1991)** و**Jones (1990)** نقلا عن **Westen(2000)** أنه كثيرا ما يرتبط الضغط بعوامل إجتماعية وإقتصادية حيث تزداد مستويات الضغط من خلال إرتفاع البطالة، والإصابة بالأمراض وتعاطي الكحول. وفي هذا الصدد، أشار **Taylor(1991)** نقلا عن **Westen(2000)** أنه كلما إزدادت نسبة البطالة بـ **1%،** كلما إرتفعت نسبة الوفايات نتيجة أزمات قلبية أو إصابة الكبد نتيجة لإدمان الكحول بقدر يبلغ **2%**، بينما ترتفع نسبة الإنتحار بـ **4%** وتزداد نسبة أول إستشفاء بمصحات الطب العقلي بين **2** إلى **4%.** و يضيف كل من **Kessler** وآخرون **(1987)** و**Johada (1988)** نقلا عن **Westen(2000)** بأن البطالة تمثل عامل ضاغط قوي يمكنه إحداث مشكلات صحية جسدية ونفسية. ويفسر كل من **Bolton** وآخرون**(1986)** و**Kessler** وآخرون**(1989)** و**Simons(1991)** نقلا عن **Westen(2000)** بأن البطالة يمكن أن ينتج عنها ضغوط أخرى مثل الهموم والإنشغالات المادية التي تؤثر بدورها على الفرد وعائلته وقد تسبب حتى الخلافات الزوجية. ويظهر حسب كل من **Platt (1993)**، و**Leenars** و**Lester (1995)** و**Mc Call (1991)** نقلا عن **Moscicki (1997)** أهمية العوامل الإقتصادية كالفقر والبطالة في السلوك الإنتحاري لدى

الشباب. كما يشير **متولي(2000)** أن البطالة، وعدم وجود فرص العمل المناسب، وأوقات الفراغ الطويلة وعدم توفر وسائل الترفيه قد تدفع الفرد للإنزلاق إلى هاوية الإدمان على المخدرات. وعن الأهمية النفسية للعمل في حياة الفرد، أشارا كل من "**صادق**" و"**أبو حطب**"**(1990)** نقلا عن **الكمال (2002)** أن العمل يمد الإنسان الإحساس بالإنجاز والمتعة والرضا وتحقيق الذات، ويشبع الحاجة إلى الإستقلال النفسي والإقتصادي ويعد مصدرا للمكانة الإجتماعية فضلا عن كونه مصدرا لشعور الفرد بقيمته، لذا فهو وثيق الصلة بتقديرا لذاته وتجسيدا لهويته. وعليه، يؤدي فقدان العمل إلى الشعور بعدم القيمة وإحتقار الذات والتبعية المادية التي تؤدي بدورها إلى زيادة الشعور بالضغط النفسي.

كما أشار كل من **Lewinsohn** و**Seeley** **(1993)** نقلا عن **الجيوسي (دت)** بأن أهم العوامل النفسية والإجتماعية المرتبطة بالسلوك الإنتحاري تتضمن الفشل المدرسي (الفشل، والطرد وضغط للنجاح)، والمشكلات الصحية، والحداد، والنبذ من طرف جماعة الأقران، والخلافات والمشاجرات العائلية والإحباط والإنفصال العاطفي. وفي مجال الإدمان على المخدرات أوضح " **درويش**" **(1994)** أن أغلب المدمنين ينتمون إلى أسر مضطربة تمتاز بالشدة في معاملة الأبناء مثل الضرب والطرد من البيت، ووقوع طلاق وإنفصال بين الوالدين، وتوتر العلاقات الأسرية بين الأب والأم أو بين الأب والأبناء.

تتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه الدراسة الحالية، كما أشارت دراسات أخرى (**Bensabat، 1980** و**شريح، 2002**) أن التعرض للضغوط النفسية والأحداث الحياتية جزء من المعايشة اليومية للفرد، لكن أمام نفس الأحداث الحياتية الضاغطة يمكن لبعض الأشخاص أن يظهروا إضطرابات نفسية وأمراض جسمية، بينما يجتاز الأفراد الآخرين هذه الأحداث والتجارب ويتمتعون بصحة جيدة. فالتعرض المستمر للضغط وبالأخص السيء منه و تراكمه عبر الزمن يكوّن على المدى الطويل مقدار ضغط كلي تفوق عتبة مقاومة الفرد، مما يحدث إنهاك نفسي وغددي تدريجي ويجعل الجسد مهيئا للإصابة بالأمراض الجسدية أو النفسية، وهنا تظهر الآثار السلبية لتعرض الفرد للأحداث الضاغطة المزمنة. وعليه نتساءل **متى يكون للضغوط النفسية دور مرضي؟**

يرى " **Ferreri** " **(1993)** بأن الإستجابة المرضية للضغط تظهر عندما يكون الحدث شديد ومتكرر ويتجاوز القدرات والإمكانيات التكيفية للفرد، عندها تظهر إضطرابات التكيف التي تكون مؤقتة أو دائمة. وتضيف " **شريح**" **(2002)** بأن تراكم الضغط النفسي عبر الزمن يجعل الجسد حساسا ومهيئا للإصابة بالمرض الجسدي أو النفسي. بينما يذهب **Endler (1988)** نقلا عـن **(Endler & Parker ,1998)** إلى أن إستمرار الضغط يمكن أن يؤدي إلى ظهور أمراض، خاصة عندما يكون للضغط تأثير على جهاز

فسيولوجي خاص، بمعنى وجود إستعداد وراثي لحساسية وهشاشة جهاز عضوي خاص. ويؤكد "**عكاشة**" **(1986)** أن كمية الضغط اللازمة لنشأة الأمراض تعتمد على تكوين وإستعداد الفرد الوراثي.

* الضغط النفسي والاستعداد للمرض

في هذا الصدد، يشير كل من **Cohen** و**Herbert** **(1994)** بأن الضغط ليس العامل السببي الأول في نـشأة المـرض بل يمكن إعتبارها أحـد العوامل المساهمة التي قـد تـؤثر في خـطر الإصابة بالـمرض، بالإضافة إلى وجـود تاريـخ مرضي، وعـوامل وراثـية أو مـناعـية، وحالـة التغـذية والمـوارد الفـردية والإجتماعية. وتتفق هذه النتائج مع ما أقرها التراث السيكولوجي فـي مجال تفاعل العـوامل الإستعدادية (الوراثية) وعوامل الضغط فـي ظهور المرض أو تفاقمه. لقد أظهر كل من **Boyce** و **Meyer** و **Leviten** نقلا عن **(Klinnert et al ,1994)** بأن الضغوط النفسية على علاقة بظهور الربو لدى الأفراد الذين لديهم إستعداد وراثي للمرض، وأن هناك تفاعل بين الخطر الوراثي والضغط النفسي في ظهور الربو. ففي دراسة قام بها "**Levenson**" نقلا عن **(Fontaine & Rogment ,1984)** بمقارنة إستجابة مرضى الربو والشهود تجاه مختلف الضغوط، وجد أن القياس المثالي للإستجابة للضغط لدى الشهود كان في الايقاع القلبي، بينما تمثلت في المقاومة التنفسية لدى مرضى الربو. كما هناك أيضا ما يؤكد أثر الضغط النفسي في إحداث مرض السكّري عند الأشخاص الذين لديهم إستعداد وراثي للمرض **(الحجار، 1989)**. فالضغوط النفسية والعاطفية حسب "**العيسوي**" **(1994)** تعد عاملا هاما للإصابة بالسكر لدى الشخص الذي لديه إستعداد.

وبناءا على ما سبق، وكما يتضح من الجدول رقم **(24)** حول وجود سوابق وراثية عائلية لدى أفراد عينة البحث الحالي، أسفرت النتائج نسبة **76,49%** من الأفراد يصرحون بعدم وجود هذه السوابق مقابل نسبة تقدر بـ **23,50%** تصرح بوجود مثل هذه السوابق. وأكثر الأمراض تواترا حسب إجابات أفراد العينة هي مرض السكري، والربو، وضغط الدم، ومرض القلب، والحساسية والمرض النفسي. كما يتبين من الجدول **(24)** نسبة **13,67%** من أفراد المجموعة العادية تصرح بوجود مرض وراثي في العائلة (السكّري، ومرض القلب، وضغط الدم) لترتفع هذه النسبة إلى **30,35%** لدى أفراد المجموعة المرضية، وكانت الأمراض الأكثر تواترا لدى المجموعات المرضية هي:

- مرض الربو، والحساسية والسكري لدى مرضى الربو.
- مرض السكر، و ضغط الدم والربو لدى مرضى السكري.
- مرض السكري، والربو وضغط الدم لدى المدمنين على المخدرات ومحاولي الإنتحار.

تؤيد هذه الحقائق النتائج الموضحة في الجدول رقم**(25)** حول الإصابة المرضية لأحد أفراد العائلة، فكانت الأمراض الأكثر تواترا هي مرض السكّري، والربو، وضغط الدم، ومرض القلب والحساسية (لدى الوالدين، والأجداد، والإخوة و الأخوات) لدى أفراد المجموعة العادية والمرضية.

نستخلص مما تقدم أهمية الإستعداد الوراثي للإصابة المرضية، مع ذلك فهي لا تفسر دائما السلوك المرضي، فرغم أن بعض أفراد المجموعة العادية يصرحون بوجود سوابق وراثية **(13,67%)** وبإصابة مرضية لأحد أفراد العائلة، مع ذلك فهم يتمتعون بصحة جيدة ولا يعانون من مرض معين**(أنظر الجدول رقم 23)** رغم معايشتهم لضغوط أحداث الحياة **(جدول رقم 26).** كما يصرح بعض المدمنون على المخدرات ومحاولوا الإنتحار بوجود مرض متوارث في العائلة (السكّري، والربو، وضغط الدم) و إصابة أحد أفراد العائلة بهذه الأمراض، بالإضافة إلى معايشتهم لضغوط أحداث الحياة، ومع ذلك إرتبطت مشكلاتهم الصحية بالإدمان على المخدرات ومحاولة الإنتحار ولم تتبلور معاناتهم بالإصابة بمرض السكري أو الربو.

ويجب التنويه هنا، إلى أهمية السوابق الوراثية والعائلية للإصابة المرضية، فقد وجدت نسبة **30,35%** من أفراد المجموعة المرضية تصرح بوجود مرض وراثي مثل مرض الربو والحساسية لدى مرضى الربو، ومرض السكري لدى مرضى السكر، بالإضافة إلى إصابة أحد أفراد العائلة بهذه الأمراض (الوالدين والأجداد)، وهذا ما يفسر جزئيا إصابة بعض الأفراد لأمراض دون الأخرى أو عدم الإصابة المرضية. فالفروق الملاحظة بين العاديين والمرضى في شدة الضغط النفسي وإنعكاسه على الصحة يرتبط جزئيا بوجود إستعداد وراثي للإصابة بالمرض وتفاعله مع ضغوط أحداث الحياة. ففي مجال الإصابة بالربو مثلا، يظهر أن للتلوث البيئي دور في ظهور المرض وتفاقمه، ويتضح من الجدول رقم **(17)** نسبة **41,02%** من أفراد المجموعة العادية تصرح بوجود تلوث بيئي ناتج عن مصانع (مركب الحجار، وأسميدال بالبوني والإسمنت) لتنخفض هذه النسبة إلى **22,02%** لدى المرضى، رغم وجود عوامل وراثية للإصابة بالربو، وتلوث بيئي والتعرض للضغوط لدى العاديين، لم يؤثر ذلك على الحالة الصحية والإصابة بمرض الربو، مما يشير إلى تدخل عوامل أخرى ترتبط بالفرد نفسه منها أسلوب الحياة.

بالرغم من أهمية تأثير العوامل البيولوجية والبيئية في صحة الإنسان إلا أن الأسلوب الذي يعتمده في حياته والعادات الصحية التي يمارسها تعد من المتغيرات الأساسية المؤثرة على حالته الصحية، حيث تشير أحدث التقارير في هذا الشأن إلى وجود صلة مباشرة بين السلوك والصحة قد يرجع سببها إلى السلوك الصحي غير السليم الذي يمارسه الناس في حياتهم اليومية **(نقلا عن يخلف، 2001).**

* الضغط النفسي وأساوب الحياة

يشير "Bensabat" **(1980)** أن أسلوب ونمط حياة الفرد من العوامل المسؤولة عن حالة الضغط المزمن، وفي هذا الصدد، بين كل من **Baron** وآخرون **(1990)**، و**Cohen** و**Williamson** **(1991)** نقلا عن **(Herbert & Cohen,1994)** أن هناك متغيرات أخرى يمكن أن تعمل على تقليص أو تفاقم تأثير الضغط النفسي على الصحة منها الممارسات الصحية، فبإمكان الضغط الإضرار بالصحة بطريقة غير مباشرة من خلال زيادة تكرار السلوكات اللاصحية كالتدخين، والتناول المفرط للكحول أو نقص التغذية والراحة أو من خلال تقليص السلوكات الصحية كالنوم بانتظام وتجنب الكحول والسجائر أو التدريب البدني، وهذا التغيرات يكون لها إنعكاس أكبر خاصة عند تتبع الشخص لبرنامج علاجي طبي صارم لحالته الصحية (كمرض السكرّي). كما قد يلجأ الفرد إلى طرائق غير مباشرة للتخفيف من الألم الذهني والجسدي للضغط النفسي، مثل زيادة تكرار السلوكات اللاصحية، والتي قد تكون مؤشرا على زيادة في مستوى الضغط النفسي منها التدخين، فالفرد ربما يبدأ التدخين نتيجة للمشكلة الضاغطة التي تواجهه أو يؤدي إلى زيادة في التدخين أكثر مما كان يفعل سابقا، كما أنه قد يبدأ تناول الكحول إثر موقف ضاغط وقد يتغير معدل إستهلاكه المعتاد إلى درجة السكر والإدمان **(نقلا عن شريح، 2002).** ويمكن للضغط الإضرار بالصحة بإثارة سلوكات تعمل على إضعاف دفاعات الجسم وتعرضه لعوامل مرضية وسامة تؤدي بدورها للمرض مثل الإسراف في التدخين والكحول وقلة النوم **(Westen، 2000).**

يعتبر السلوك الصحي مثله مثل السلوكيات الأخرى يكتسب نتيجة لتعرض الفرد لخبرات تعليمية معينة أثناء عملية التنشئة الإجتماعية، وذلك من خلال النمذجة وتقليد العادات الصحية للأصدقاء والأقارب وكذلك من خلال آليات الملاحظة الإجتماعية. ففي دراسة قام بها كل من **Belloc** و**Breslow** **(1965)** نقلا عن **يخلف(2001)** على عينة متكونة من **6938** فردا تراوحت أعمارهم ما بين **20** و**70** سنة فما أكثر، ولقد أظهرت نتائجها أن الصحة الجيدة مرتبطة إرتباطا وثيقا بـ سبع ممارسات صحية شخصية تتضمن عدم التدخين، والنوم ما بين 7 أو 8 ساعات يوميا، وتناول إفطار الصباح يوميا، وعدم الأكل خارج أوقات الأكل، والحفاظ على الوزن المناسب، وممارسة النشاط الرياضي بإنتظام وعدم تناول المشروبات الكحولية. وتؤكد هذا الدراسة أهمية الممارسات الصحية في ترقية الصحة والحفاظ عليها، بينما يؤدي تبني أسلوب غير صحي في الحياة إلى الهلاك والتعرض للمشكلات الصحية.

وفي هذا السياق، إهتمت الباحثة برصد مثل هذا السلوكات اللاصحية ومدى تواترها لدى عينة البحث الحالي **(جداول رقم 18، 19، 20، 21، 22)** فيما يخص سلوك التدخين بلغت نسبة الأفراد غير المدخنين بـ **71,92%** (جلهم من الإناث، والعاديين) مقابل نسبة **28,07%** من الأفراد المدخنين، وتتـوزع هذا

الفئة المدخنة إلى نسبة **14,52%** لدى العاديين لترتفع إلى **37,50%** لدى المرضى (جلهم من الذكور، والمدمنين على المخدرات) وغالبيتهم كان سن بداية التدخين بين 10 و20 سنة **(81,25%)**، أما الدوافع وراء سلوك التدخين وجود مشاكل عائلية، والشعور بالقلق والتوتر، والتقليد، ورفاق السوء، والبطالة مع الإحساس بالفراغ والروتين اليومي.

كما يتضح من الجدول **(20)** أن غالبية أفراد العينة لا يتعاطون الكحول **(84,21%)** مقابل نسبة تقدر بـ **15,78%** مستهلكة للكحول (جلهم من الذكور، والمدمنين على المخدرات) تتوزع هذا الفئة المستهلكة للكحول إلى أفراد عاديين **(2,22%)** لترتفع النسبة إلى **79,77%** لدى المرضى، غالبيتهم من المدمنين على المخدرات **(91,11%)** وكان سن بداية التعاطي بين 10 و20 سنة **(84,44%)**، أما الأسباب الدافعة لتعاطي الكحول ترجع للتقليد، ورفاق السوء، والشعور بالقلق والتوتر، ومشاكل عائلية (مع الوالد)، والبطالة وإحباطات عاطفية. بينما أسفرت النتائج الخاصة بتعاطي المخدرات **(جدول رقم 21)** أن غالبية أفراد العينة لا يدمنون على المخدرات **(83,50%)** وبلغت الفئة المدمنة نسبة **16,49%**، وكان سن بداية التعاطي بين 10 و20 سنة **(80,85%)** وأكثر المواد الإدمانية إستعمالا الكيف والعقاقير النفسية بسبب الشعور بالقلق والتوتر، ورفاق السوء، وإحباط عاطفي، ومشاكل عائلية، والبطالة مع الفراغ والملل والتجارة في المخدرات.

نستخلص مما تقدم تواتر بعض الممارسات اللاصحية (التدخين، والكحول والمخدرات) لدى عينة البحث، وبالخصوص لدى المجموعة المرضية جلهم من فئة المدمنين على المخدرات ومن الجنس الذكري، ولمثل هذا السلوكات تأثير ضار على الصحة خاصة عندما يلجأ إليها الفرد عند التعرض للوضعيات الضاغطة والأحداث الحياتية المختلفة، فهي تعمل على زيادة مستوى الضغط النفسي. وعليه، يمكن تفسير شدة الضغط لدى المرضى مقارنة بالعاديين في البحث الحالي إلى تكرار مثل هذا السلوكات اللاصحية لدى الفئة الأولى، لأنها كما أكدت الدراسات السابقة تعمل على إضعاف دفاعات الجسم وتزيد من مستوى الشعور بالضغط النفسي.

في ضوء ما ورد من نتائج في الدراسة الحالية وما أسفرت عليه الدراسات السابقة تزداد شدة الضغط النفسي لدى المرضى لتعرضهم لمصادر متعددة للضغط وتراكمه، وممارسة سلوكات لاصحية من تدخين وتعاطي الكحول والمخدرات كإستجابة للضغط، ووجود بعض الخصائص الشخصية والإجتماعية (ضيق السكن، ضعف المستوى الإقتصادي، البطالة...إلخ)، بالإضافة إلى وجود سوابق مرضية وراثية وعائلية تزيد من خطر الإصابة بالمرض عند التعرض للضغط النفسي. كما أظهرت النتائج وجود أفراد من المجموعة العادية يختبرون ضغوطا ولديهم سوابق مرضية عائلية مع ذلك يشعرون بضغط نفسي أقل من

المرضى ويتمتعون بصحة جيدة، قد يرجع تفسير ذلك إلى أنهم يتميزون بسمات شخصية معينة تمنحهم صلابة لتحمل الضغوط النفسية ومواجهتها والسيطرة عليها دون أن تترك عواقب نفسية وجسدية. وهذا ما سوف يتم التطرق إليه لاحقا.

2- سمات الشخصية

ينص الفرض الثالث والرابع للبحث الحالي وجود فروق دالة في سمات الشخصية من تقدير الذات، وفعالية الذات، وسمة القلق بين العاديين والمرضى، وبين المجموعة العادية وكل مجموعة مرضية على حدى. وفيما يلي سوف تتناول الباحثة نتائج الفروق في كل سمة من سمات الشخصية كل على حدى.

2-1 تقدير الذات

* مناقشة نتائج الفرض الثالث

يتضح من الجدول رقم **(29)** وجود إختلاف دال بين مجموعتي البحث في مستوى تقدير الذات لصالح العاديين، حيث يظهرون تقدير مرتفع للذات مقارنة بالمرضى الذين يمتازون بتقدير ذات منخفض. تتفق هذا النتيجة في جوهرها مع نتائج الدراسات السابقة، فتقدير الذات كما تحدث عنه الباحثون متغير يعبر عن إتجاه الفرد نحو نفسه بالإستحسان أو الإستهجان. فقد وضح **Coopersmith** نقلا عن **عطا (1993)** بأنه مفهوم يشير إلى التقييم الذي يضعه الفرد لنفسه والذي يتضمن إتجاهات الرفض أو القبول للذات، كما يشير إلى المدى الذي يعتقد فيه الفرد بأنه مهم وناجح وقادر وله قيمة في الحياة. ويضيف **Coopersmith (1984)** بأن التعرف على الطريقة التي ينظر فيها الفرد إلى نفسه وإلى العالم حوله وموقعه فيه يرتبط بتكيفه وصحته النفسية. **وفي** ضوء ذلك، يرى **عطا (1993)** أن تقدير الذات الإيجابي يعني تطوير مشاعر إيجابية نحو الذات، حيث يشعر الفرد بأهمية نفسه وإحترامه لها، ويشعر بأنه متقبل من الآخرين، وله ثقة بنفسه وبالآخرين ويشعر بالكفاءة فلا ييأس أو ينسحب عن الفشل. وعلى العكس من ذلك يشعر ذوي التقدير السلبي للذات أنهم لا يرون قيمة أنفسهم ولا يشعرون بمشاعر التقبل من الآخرين مما ينمي لديهم مشاعر الوحدة والإكتئاب، ولا يستطيعون تحقيق ذواتهم ويشعرون بالعجز والفشل في إنجازاتهم مما ينمي لديهم مشاعر الدونية.

ويتضح مما سبق، أن الكيفية التي يرى بها الفرد نفسه تعد في غاية الأهمية بالنسبة لصحته النفسية، ويزخر التراث السيكولوجي بالعديد من الآراء والدراسات التي تبين الإرتباط الوثيق بين تقدير الذات ومظاهر الصحة النفسية.

يذهب كل من **Kristen** وآخرين**(1999)** نقلا عن **عبد المختار(2004)** إلى أن التقدير الإيجابي للذات يرتبط بالصحة النفسية والتوافق والتقدير السلبي يرتبط بالإكتئاب. كما وضح **Hayes (1998)** و**Rogers** نقلا عن **الشمالي (2002)** بأن لتقدير الذات أهمية بالغة من منظور الصحة النفسية من أجل تحقيق التوافق الشخصي والإجتماعي، إذ أن تطوير الإنسان لمفهوم إيجابي عن ذاته يرفع تقديرا لها ويعد دالة على السواء النفسي، لذلك يعتبر تقدير الذات عامل ذو دلالة في الصحة النفسية. كما وجد "**Dore**" نقلا عن **عطا** (**1993**) أن هناك علاقة خطية بين درجات تقدير الذات والتوافق الإجتماعي والشخصي، وأن درجات تقدير الذات المرتفعة تميل إلى أن تكون مصحوبة بالتوافق العام.

وتتفق هذا النتائج أيضا مع ما توصل إليه **Tran** وآخرون **(1991)** و**Pearling** وآخرون نقلا عن **(Jalajas ,1994)** بأن لتقدير الذات تأثير دال على صحة الفرد، وأن هناك علاقة بين تقدير الذات والصحة. كما يعتبر تقدير الذات حسب **Brockner (1988)** نقلا عن **(Jalajas ,1994)** عامل وسيط بين الحدث الضاغط والصحة، فإنخفاض تقدير الذات يؤدي إلى فقدان الصحة لأنه الميكانيزم الذي يؤثر على قدرات الفرد وكفاءته مما يؤدي بدورا إلى فقدان الصحة والسعادة. على حين يشير " **صفوت فرج** " **(1997)** نقلا عن **الشمالي(2002)** أن الحالات الإكلينيكية ذات الخصائص المرضية تتسم بمفهوم ذات سلبي.

نستخلص مما تقدم إرتباط تقدير الذات المرتفع بالتوافق الشخصي والإجتماعي والتمتع بالصحة النفسية والجسدية، بينما يشير التقدير المنخفض للذات إلى سوء التوافق وإضطراب الصحة. وتفسر الباحثة هذا الإختلافات إلى ما أشارت إليه دراسات أخرى في هذا المجال، حيث يتفق الكثير من الباحثين على ضرورة وجود مستوى عالي لتقدير الذات من أجل تكيف كافي للفرد. ويرى "**Brandan** " نقلا عن **(Khadivi ,1979)** أن وجود تقدير ذات سليم يجاب للفرد شعورا بالأمن، ويسمح له بتوظيف قدراته للتعرف على الأحداث وحل المشاكل. ويضيف " **Rosenberg** " نقلا عن **عبد الرحمن (1998)** أن التقدير العالي للذات يدل على أن الفرد ذو كفاءة أو ذو قيمة ويحترم ذاته، أما تقدير الذات المنخفض فيشير إلى رفض الذات وعدم الإقتناع بها. كما يؤكد **Coopersmith** نقلا عن **أبو زيد (1987)** أن ذوو التقدير السلبي للذات لا يستطيعون التحكم فيما يحدث لهم ويتوقعون سيء الأمور. ويذهب **جبريل (1983)** إلى أنه عندما ينخفض مستوى تقدير الذات لدى شخص ما فإنه يصبح سلبيا، ويجد صعوبة في كل ما يسلك، ويشعر بعدم الكفاءة وعدم الثقة بالنفس والميل إلى الوحدة والإنسحاب من المشاركة الإجتماعية.

إضافة لما سبق، يرى كل من **Korman** و **Cohen** نقلا عن **(Khadivi ,1979)** بأن الأفراد الذين يتميزون بتقدير مرتفع للذات أقل تأثيرا بالمؤثرات والأحداث الخارجية. كما وجد **أبو زيد (1987)** أن الأشخاص ذوو تقدير الذات المرتفع يتمتعون بالتحدي عند الشدائد، فالتقدير المرتفع للذات يأتي غالبا من القدرة على فعل أشياء بطريقة أحسن من معظم الأفراد الآخرين. كما يذهب " **Lazarus** " نقلا عن **جبريل (1983)** إلى أن الذي يتمتع بصحة نفسية جسدية يقدر نفسه تقديرا إيجابيا، و يشير **Adler** إلى الإرتباط بين تقدير الذات المنخفض والتكيف السلبي والضعف في ثبات الشخصية، بينما يوجد إرتباط بين تقدير الذات المرتفع والتكيف الإيجابي والثبات في السلوك. فيتضح مما تقدم أن التقدير المرتفع للذات هو أكثر الأدوات التي يمكن أن يستخدمها الفرد للحصول على حالة التوافق فيستطيع مواجهة الفشل وإقتحام المواقف الجديدة دون أن يشعر بالحزن والإنهيار، أما ذوو التقدير المنخفض للذات فإنهم يشعرون بالهزيمة حتى قبل أن يقتحموا المواقف الجديدة أو الصعبة، لأنهم يتوقعون الفشل مسبقا.

وقد بحث **Coopersmith** نقلا عن **الشمالي (2002)** عن مستويات تقدير الذات، ووجد مستوى مرتفع لتقدير الذات لدى الأطفال النشطاء، والناضجين والمعبرين عن أنفسهم، بينما يرتبط إنخفاض تقدير الذات مع إنخفاض الطموح، ونقص اللياقة البدنية وأيضا الإضطرابات الجسمية. كما يرى " **Rogers** " نقلا عن **درويش (1994)** بأن التقدير الإيجابي للذات يعد شرطا ضروريا للصحة النفسية، ويرتبط التقدير المرتفع للذات بالتوافق النفسي، ويؤكد هذا المعنى دور مفهوم تقدير الذات في الصحة والمرض، كما ترتبط الصحة النفسية الإيجابية للأفراد بمفهوم أو صورة إيجابية عن الذات وبتقدير مرتفع للذات. إذا، يعتبر تقدير الذات بعدا رئيسيا في عملية التوافق الشخصي وإعادة هذا التوافق، ولقد غدا من المعتقد أن تقدير الذات المنخفض يعتبر دليلا على سوء التوافق أو أحد أسبابه **(أبو زيد، 1987).**

نستخلص مما تقدم أن الأشخاص ذوو التقدير المرتفع للذات يتسمون بمجموعة من الخصائص الإيجابية (الثقة في النفس، وإحترام الذات، وذوو كفاءات، والتمتع بالتحدي عند الشدائد، والتكيف الإيجابي، والثبات في السلوك ومواجهة الفشل...إلخ) التي تمنح للفرد الحصانة عند تعرضه للضغوط النفسية، بينما يتميز الأشخاص ذوو التقدير المنخفض للذات بخصائص سلبية (رفض الذات، وعدم الإقتناع بها، والسلبية، وعدم الثقة بالنفس، وعدم الكفاءة، والتكيف السلبي، والشعور بالهزيمة والفشل مسبقا ...إلخ) تجعلهم أكثر عرضة لإضطراب الصحة عند تعرضهم للضغوط النفسي. وهذا ما يفسر من جهة شعور أفراد المجموعة المرضية للبحث الحالي بتقدير ذات منخفض وشدة ضغط نفسي أكبر.

*** مناقشة نتائج الفرض الرابع للبحث**

جاءت مختلف هذا النتائج السابقة الذكر مع صحة الفرض الرابع للبحث الحالي، حيث أسفرت النتائج الموضحة في الجداول رقم 34، 35، 36 و37 وجود فروق جوهرية بين المجموعة العادية وكل مجموعة مرضية على حدى في مستوى الشعور بتقدير الذات لصالح الفئة الأولى، فقد تبين من عرض النتائج أن مرضى الربو، ومرضى السكري، والمدمنين على المخدرات ومحاولي الإنتحار يشعرون بتقدير منخفض للذات مقارنة بالعاديين.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن صفات المرء الجسدية وتناسق الجسد أمور لها قيم جمالية، والذي لا تتناسب أوصافه مع معايير الثقافة قد يشعر بالنقص، وقد خلص **Joward** و**Secord** أن هناك إرتباط بين تقدير الذات والرضا عن الصفات الجسدية **(نقلا عن جبريل، 1983).** كما وضح " **Rogers** " نقلا عن **دروي**ش **(1994)** أن تعرض الفرد لإضطراب معين فإن صورته عن ذاته تختل، فقد يبالغ في صورته الذاتية سواء بالتعظيم أو بالتحقير وخفض قيمة الذات، ويؤكد هذا المعنى دور مفهوم تقدير الذات في الصحة والمرض. كما تبين أن هناك إرتباط عال بين الشعور بالنقص والمعاناة من أعراض القلق والإضطرابات النفسية- الجسدية **(نقلا عن جبريل، 1983).** عموما، إن دخول المرض في حياة الفرد خصوصا لدى فئة الشباب، ويكون المرض مزمنا ويفرض عليه نظاما غذائيا معينا ويحدد نشاطاته مقارنة بأقرانه يولد شعورا بالنقص وخفض تقدير الذات.

وفي هذا الصدد، أبرزت نتائج التراث السيكولوجي في مجال الإنتحار أن هناك سمات شخصية ومميزات معرفية تمثل عوامل خطر لمحاولات الإنتحار لدى الشباب، فقد توصل " **Beck** " نقلا عن **(Bobalakis & Secret ,1990)** وجود إرتباط قوي بين محاولة الإنتحار والمعتقدات السلبية تجاه الذات والمستقبل. بينما يؤكد " **Ellis** " نقلا عن **(Bobalakis & Secret ,1990)** وجود سمات معرفية تميز الأفراد الذين حاولوا الإنتحار مقارنة بالذين لم يسبق لهم قط وأن حاولوا الإنتحار تمثلت في صلابة التفكير، و فعالية أقل في حل المشكلات، وتفكير وإتجاه سلبي نحو الذات والحياة والمستقبل مع ظهور إتجاه إيجابي نحو الإنتحار، ويضيف نفس الباحث أن مثل هذا المميزات المعرفية تكون إستعداد لفقدان الأمل واليأس تجاه الضغوط الحياتية. وفي السياق نفسه، أشار **Lester (1992)** نقلا عن **(Beautrais et al ,1999)** أن هناك بعض سمات الشخصية مثل تقدير الذات المنخفض، ومستوى قلق مرتفع، والعصابية ونقص مهارات حل المشكل تمثل عوامل خطر وإستعدادات فردية للسلوك الإنتحاري لدى الشباب. ويضيف " **الحجار** " **(1998)** أن المحاولة الإنتحارية هي عمل إنتحاري لا يكون مميتا، ومن الجائز أن يكون بسبب قصد تخريب للذات، وغالبا ما يعد الإنتحار الفعل النهائي في مسيرة تدمير الذات.

وعلى صعيد آخر، أشارت الدراسات السابقة في مجال الإدمان على المخدرات أن من العوامل المتضمنة في الآليات التي تؤول إلى الكحول والمخدرات هي الإكتئاب وفقدان إعتبار الذات والشدائد البيئية، وبخاصة إذا ما كانت مصحوبة بالشعور بالعجز عن تحقيق أي تبدل في حياة الفرد من شأنه الوصول إلى أهدافه (**نقلا عن الحجار، 1998)**. كما يؤكد كل من **العيسوي (1999)** و**زباري (1999)** أن من سمات شخصية المدمن الميل إلى فقدان الشعور بالثقة في النفس، وقليل الإعتماد على الذات، ويعاني من النقص والدونية، وضعف الذات، وغير قادر على تحمل الفشل والإحباط ويلجأ للإدمان لطلب الدعم، لذلك يعتبر الإدمان سلوك إنتقامي لتحطيم الذات وإستجابة إنسحابية للهروب من هذا المشاعر عن طريق الإدمان.

ويبدو مما سبق أن تعاطي المخدرات يعد بالنسبة للمتعاطي نوعا من محاولات علاج الذات من جروح نفسية أو قصور أساسي في القدرة على مواجهة الإحباط و خاصة لدى الأفراد الذين يعانون من قصور في تقدير الذات وتنظيم الوجدان والعلاقات الشخصية المتبادلة، لذلك يختار المتعاطي نوعا معينا من العقار الذي يساعده على تحقيق الأمن النفسي والتغلب على الآلام النفسية التي لا يستطيع التعامل معها بحلول مناسبة نظرا لما تنطوي عليه شخصيته من شعور بالنقص، فيلجأ المتعاطي إلى العقاقير كمحاولة يائسة لإغتصاب قدرا من تقدير الذات **(الديدي، 2001)**. كما بين كل من **Kaplan** و**Weider** نقلا عن **الديدي (2001)** أن المنشطات تؤدي إلى زيادة الشعور بتقدير الذات وتحمل الإحباط. وتتفق هذا النتائج مع ما توصلت إليه دراسة كل من " **حسين سالم الشرعة** " و" **منى علي** " **(1999)** نقلا عن **عبد المختار(2004)** عن مقارنة في تقدير الذات والشعور بالوحدة لدى المتعاطين للمخدرات وإخوة غير المتعاطين من نفس الأسرة، فتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين، فأظهر المتعاطون مستوى متدني من تقدير الذات وشعورا عاليا بالوحدة مقارنة بغير المتعاطين. كما أسفرت نتائج دراسة **Kinneir** وآخرون **(1994)** نقلا عن **عبد المختار (2004)** عن الإكتئاب وسوء إستخدام العقاقير لدى عينة من المراهقين المدمنين وغير المدمنين، إلا أن الأفراد المدمنين أكثر إكتئابا وأقل تقديرا لذواتهم ولديهم إحساس عالي بعدم أهمية الحياة، كما أكدت الدراسة أنه كلما تدنى تقدير الذات للفرد إزداد التعاطي. فإذا كان المنتحر يلجأ للسلوك الإنتحاري كفعل نهائي في مسيرة تدمير الذات، فإن المدمن على المخدرات يلجأ إلى سلوك الإدمان كمحاولة يائسة لإغتصاب قدرا من تقدير الذات، وعندما يصل المدمن لحد يكره فيه نفسه والحياة، قد يدفعه ذلك في بعض الحالات إلى التفكير في الإنتحار. وأكدت دراسات كل من **Christoffel (1988)** و**Stiffman (1989)** و**Kienhort (1990)** نقلا عن **شابرول (2001)** أن الإسراف في المخدر يرتبط بوتيرة محاولات الإنتحار، تتفق هذا النتيجة على ما أسفرت عليه نتائج البحث الحالي حيث يتضح من الجدول رقم **(22)** نسبة **42,55%** (20/ 47) من فئة المدمنين على المخدرات قد قاموا بمحاولات إنتحار بهدف قتل الذات.

وعلى صعيد آخر، يمكن إرجاع كون فئة المدمنين على المخدرات أقل تقديرا للذات مقارنة بالعاديين، إلى أن تعاطي المخدرات يقترن بوقوع العديد من المشكلات الإجتماعية كسوء التوافق الإجتماعي، تفاقم السلوك الإجرامي كالعنف والسرقة للحصول على المادة الإدمانية بأية وسيلة، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي ويصبح الأمر عندئذ أهم من قضايا كثيرة في حياته ونشاطاته، وهنا يفقد المدمن السيطرة على نفسه، وتظهر مشكلات صعوبة التوافق فتسوء علاقاته بأسرته وأصدقائه ومجتمعه مما يجعله منبوذا من طرفهم قد يصل الأمر إلى الطرد من الأسرة.

ولقد أشار التراث السيكولوجي في هذا المجال أن قبول الذات والقبول الإجتماعي يتأثران ببعضهما، فالشخص الذي يتلقى قبولا إجتماعيا تلقى مشاركته الإجتماعية قبولا، كما أن الفكرة عن الذات تشتق إلى حد ما من الأدوار الإجتماعية التي يقوم بها الفرد في المجتمع، وأن مفهوم الذات ينتج من فكرة المرء عن الأدوار التي يقوم بها، وتعمل العلاقات الإجتماعية السليمة والناضجة إلى تعزيز الفكرة الإيجابية عن الذات **(جبريل، 1983)**. ويضيف " **Hollander** " نقلا عن **أبو زيد (1987)** أن نوعية إدراك الفرد لما يتوقعه الآخرون من المهمين بالنسبة للفرد (العائلة، الرفاق) أمر هام في تكوين فكرته عن نفسه. وبالنظر إلى نشاطات المدمن (الدراسة الحالية) وحياته الإجتماعية نجدها تفتقر إلى هذه العوامل التي تزيد من تقدير الذات نتيجة إدمانه على المخدرات مما يجعله أقل تقديرا للذات من أقرانه الأسوياء.

نظرا لأهمية مفهوم وتقدير الذات، فقد أشار **Rogers** نقلا عن **العناني (2000)** إلى أن الإنسان المتمتع بالصحة النفسية هو الشخص القادر على تكوين مفهوم إيجابي عن نفسه، فهو الشخص الذي يتفق سلوكه مع المعايير الإجتماعية ومع مفهومه عن ذاته. ويضيف **Compas (1987)** نقلا عن **عطية (2002)** بأن موارد التغلب على المشكلات تشمل العناصر الذاتية من التقييم الإيجابي للذات، ومهارات حل المشكل ومهارات التعامل مع الآخرين التي تسهل أو تجعل من الممكن التوافق الناجح مع ضغوط الحياة. وفي نفس السياق، يشير **Rogers** بأن التقدير الإيجابي للذات يعد شرطا ضروريا للصحة النفسية، ولهذا يجب أن يكون هدفا أوليا للعلاج النفسي. ويؤكد هذا دور مفهوم تقدير الذات في الصحة والمرض، وأن تقبل الذات وتقديرها يعد من ملامح السلوك السوي والشخصية المتوازنة والتوافق النفسي، لذلك يمثل حاجزا فعالا تجاه نتائج ضغوط أحداث الحياة.

لذلك يمكن أن تعزى أيضا الفروق الملاحظة في شدة الضغط النفسي بين العاديين والمرضى للبحث الحالي إلى الفروق في مستوى تقدير الذات الذي يتميز بالإنخفاض لدى المرضى مما يجعلهم أقل فعالية تجاه نتائج الضغوط النفسية وأثرها على صحتهم.

2-2 فعالية الذات

* مناقشة نتائج الفرض الثالث

لقد بينت النتائج الموضحة في الجدول رقم **(33)** وجود فروق جوهرية بين مجموعتي البحث الحالي في مستوى فعالية الذات لصالح العاديين. أي أن متوسط فعالية الذات أكبر لدى أفراد المجموعة العادية مقارنة بالمرضى. تتفق هذه النتيجة في جوهرها مع ما أقره التراث السيكولوجي والدراسات السابقة في هذا المجال، حيث يظهر أن لفعالية الذات أثرا عاما مفيدا على الصحة النفسية والجسدية. بالإضافة إلى أنها تمثل مصدرا للوقاية من الآثار السلبية الناتجة عن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة، فإنها ترفع من تقدير الفرد لذاته وفاعليته، وتشعره بالقيمة والقدرة على المواجهة.

كما يشير التراث السيكولوجي في مجال فعالية الذات والصحة العامة، بأن ممارسة التحكم والسيطرة في الحياة يلعب دورا في الحفاظ على الصحة والتعامل مع المرض. وحسب نظرية فعالية الذات لـ **Bandura (1977، 1986)** نقلا عن **يخلف (2001)** فإن الصحة لا تتحقق بصفة كاملة إلا من خلال تنمية فعالية الذات والممارسة للسلوكات الصحية الإيجابية، أي عندما تصبح فعالية الذات متغيرا أساسيا في النشاط الفسيولوجي والصحي للفرد**.** وتعد فعالية الذات إحدى الجوانب الإيجابية في الشخصية، وواحدة من المحركات الأساسية للدوافع عند الإنسان خاصة. ومن ثمة يذكر **Bandura (1986)** نقلا عن **عبد العال (2002)** بأنها بناء يحكم من خلاله الناس على قدراتهم وإستعدادهم ومؤهلاتهم لتنظيم وإنجاز الأعمال المقررة وتحقيق ما يلزم مع تحديد الكفاءة والمهارات اللازمة لذلك**.** وعليه، تمثل فعالية الذات حسب " **السيد أبو هاشم**" و" **عواطف حسين**" نقلا عن **عبد العال (2002)** الإدراك الذاتي لقدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقق النتائج المرغوبة في أي وقت والتنبؤ بالنجاح في تحقيق السلوك**.** وبعبارة أخرى فإن فعالية الذات هي توقع الفرد بأنه قادر على تنفيذ السلوك المناسب الذي يحقق نتائج مرغوب فيها تخدم صحته وتزيد من ثقته وقدرته على مواجهة التحديات التي قد يواجهها في حياته اليومية. وحسب **Bandura** نقلا عن **يخلف (2001)** فإن ذوي فعالية عالية للذات يعتقدون بأنهم قادرون على ممارسة السيطرة على البيئة المحيطة، بينما الذين يفتقرون إلى فعالية عالية للذات يتصفون بالعجز والتشاؤم وعدم الثقة في ما يخص قدرتهم على ممارسة التحكم والسيطرة على بيئتهم. فالذين يتمتعون بفعالية ذات عالية يعتقدون أنهم قادرون على عمل شيء لتغيير وقائع البيئة، أما الذين يتصفون بفعالية ذات منخفضة فإنهم ينظرون إلى أنفسهم في الأساس بإعتبارهم عاجزين عن إحداث سلوك له آثاره ونتائجه **(منصور و الشربيني، 2001).**

وأسفر البحث الحالي أن المرضى يظهرون مستوى منخفض من فعالية الذات مقارنة بالعاديين الذين يتميزون بفعالية عالية للذات. وعكست نتائج الدراسة الحالية ما توصلت إليه نتائج الدراسات السابقة، بأن الذين لهم عادات صحية سليمة يتميزون بفعالية عالية للذات ولهم ممارسات فعالة في حياتهم، والسبب في ذلك يرجع حسب قول **Bandura** نقلا عن **يخلج (2001)** إلى الإرادة القوية لديهم حيث يجندون أكبر قدر ممكن من الطاقة الجسمية والإنفعالية لضمان نجاح أدائهم وكذا الحصول على نتائج يرغبون فيها. كما بينت بحوث أخرى بأن الأفراد العاديين لديهم درجة أعلى من إدراك الفعالية الذاتية مقارنة من الذين يعانون من مشكلات صحية **(عسكر، 2000)**.

وفي هذا السياق، وجدت عدة دراسات في التراث السيكولوجي والطبي التي تناولت العلاقة بين فعالية الذات والمشكلات الصحية. لقد وجد كل **Aboud** و**Olioff (1991)** و**Teti** و**Gelfand (1991)** نقلا عن **(Bandura et al ,1999)** بأن الشعور المنخفض للفعالية الذاتية يؤدي إلى إحتقار الذات وظهور الإكتئاب. كما أظهر **Allen** نقلا عن **عبد الرحمن (1998)** أن إنخفاض فعالية الذات كان أقوى العوامل إرتباطا بالسلوكيات المشكلة مثل الأفعال الجانحة، وتعاطي المخدرات والتسرب المدرسي. كما أجرى " **عبد الرحمن "(1998)** دراسة مقارنة بين الأسوياء والجانحين في فعالية الذات التي تحدد تصرفات هؤلاء الأفراد كونها تؤثر في مستوى الدافعية وأنماط التفكير والنواحي الوجدانية للأفراد، أسفرت النتائج وجود فروق دالة في مستوى فعالية الذات بين المجموعتين لصالح الأسوياء، مما يجعلهم أكثر قدرة على كبح العدوان والمسايرة الإجتماعية مقارنة بالجانحين، وفي دراسة أخرى قام بها نفس الباحث للمقارنة بين المدخنين وغير المدخنين في الفعالية العامة للذات. أسفرت النتائج وجود فروق بين المجموعتين لصالح الفئة الثانية، وتدل هذه النتيجة أن المدخنين تنقصهم الثقة بالنفس، والقدرة على تحمل الإحباط، وأنهم سريعي الشعور باليأس، وكوسيلة لتزويدهم بالدعم فإن سلوك التدخين وسيلة لخفض مستوى القلق الناتج عن التعرض لمشاكل العمل والدراسة أو ضغوط الحياة عموما.

وفي هذا الصدد، أكدت نتائج دراسة كل من **Crey** وآخرون **(1989)** و**Strecher** وآخرون **(1986)** نقلا عن **يخلج (2001)** دور فعالية الذات في إحداث تغيير سلوك التدخين، فكانت فعالية الذات أعلى بكثير لدى الأشخاص الذين أقلعوا عن التدخين بعد العلاج من الذين أخفقوا في محاولتهم هذه. بينما توصلت الدراسة التي أجراها كل من **Chambliss** و**Murray (1997)** نقلا عن **يخلج (2001)** على مجموعتين من المرضى المصابين بالبدانة حيث قارنا من خلالها المجموعة التجريبية التي تلقت علاجا مدعما لفعالية الذات والمجموعة الضابطة التي تلقت العلاج نفسه دون فعالية الذات، أسفرت النتائج إلى أن مجموعة فعالية الذات حققت إنخفاض أكبر في الوزن من المجموعة الضابطة. وتتفق هذه النتائج

مع ما أسفرت عليه دراسة كل من **Meland** وآخرون **(1999)** نقلا عن **يخلج (2001)** التي أجريت على عينة من 110 مريضا تناولت دور فعالية الذات في تغيير السلوكيات المضرة بالصحة وخاصة تلك التي تشكل خطورة على الصحة القلبية الوعائية كالتدخين والتغذية غير الصحية، ولقد أظهرت نتائجها أن فعالية الذات برزت أقوى متغير، كما كان لفعالية مرتفعة للذات كذلك دورا أساسيا في الإقلاع عن عادة التدخين المضرة لصحة الفرد.

تشير نتائج مختلف هذه الدراسات بكل وضوθ أهمية توقعات فعالية الذات في حياة الإنسان عامة وصحته النفسية والجسدية خاصة. وعلى غرار ما تقدم وضح **Bandura** نقلا عن **الحجار (1989)** بأن العلاجات الناجحة تكون من خلال رفع وتيرة شعور الأفراد بقدراتهم الذاتية وتقويتها، فهذا التغير النفسي يسمح بدوره للأفراد التدريب على ممارسة سيطرة أكبر على سلوكهم، دوافعهم وعلى المحيط. فالفعالية الذاتية وقدرة المرء على مواجهة المشكلات والتغلب عليها وتقدير الذات كلها متغيرات نفسية ومعرفية مرتبطة بالصحة النفسية **(سلامةÛ 1991).**

* مناقشة نتائج الفرض الرابع

في إطار الدراسة الحالية، أبرزت النتائج الموضحة في الجداول رقم**34Û 35Û 36Û 37** مستوى أعلى لفعالية الذات لدى أفراد المجموعة العادية مقارنة بأفراد المجموعات المرضية للبحث الحالي من مرضى الربو، والسكري، والمدمنين على المخدرات ومحاولي الانتحار، حيث يظهر أفرادها مستوى منخفض في فعالية الذات. وبهذا يتضح الدور الذي تؤديه فعالية الذات في مجال الصحة، حيث يبدو واضحا مما سبق أنها الآلية النفسية الفعالة التي من خلالها يحافظ الفرد على صحته.

وتتفق مختلف هذه النتائج مع ما أقره التراث السيكولوجي في مجال فعالية الذات وإرتباطها بالتخفيف من الضغط النفسي وإنعكاس ذلك على صحة الفرد. فقد أشار **Rutter (1991)** نقلا عن **فايد (2000)** أن تقدير وفعالية الذات عاملان واقيان يساعدان الفرد على مواجهة الأحداث الضاغطة ويخففان من الآثار المترتبة على التعرض لها. إن الأفراد الذين يدركون أن لديهم القدرة على التحكم في، وضبط ما يتعرضون له من مثيرات ضاغطة، يبدو أن لديهم حماية ووقاية أفضل من الآثار المكبوتة للتوتر **(عبد الرحمنÛ 2000).** ويمكن إرجاع هذه الإختلافات إلى معتقدات الناس حول مقدرتهم على التحكم في الأحداث التي تؤثر في حياتهم، فحين يواجه الأفراد ذوو الفعالية العالية مواقف بيئية متجاوبة فإنهم يكيفون جهودهم ليغيروا البيئة، وإذا أخفقت جميع الجهود فإنه يفترض أنهم يتركون هذا المسار ويتخذون مسارا جديدا أويبحثون عن بيئة أكثر تجاوبا. وحين ترتبط فعالية الذات المنخفضة مع بيئة غير متجاوبة فثمة تنبؤ بعدم الإكتراث والإستسلام واليأس **(منصور والشربينيÛ 2001).**

نستخلص مما تقدم أن الأفراد الذين يتمتعون بفعالية ذات عالية يعتقدون أنهم قادرون على عمل شيء لتغيير وقائع البيئة، والتأثير في الأحداث، ولديهم ثقة في قدراتهم ومعلوماتهم، وأكثر تأثيرا على سلوكهم ونمط تفكيرهم وإنفعالاتهم، مما يجعلهم أكثر قدرة على التعامل مع مصادر الضغوط ومواجهتها بدرجة منخفضة من الإستثارة الفسيولوجية، مما يزيد من إصرارهم على تخطي ما يقابلهم من عوائق. أما الذين يتصفون بفعالية ذات منخفضة فإنهم يعتبرون أنفسهم عاجزين عن إحداث سلوك له أثارا ونتائجه، ويعتقدون أنهم لا يملكون من إمكانيات تمكنهم من التأثير في الأحداث، يشعرون بنقص ثقتهم بقدراتهم ومعلوماتهم، مما لا يساعد على مواجهة الآثار الضارة للضغط بصفة أفضل، ويتأثرون بدرجة أعلى بمصادر الضغوط.

وعلى غرار ما سبق، برهن **Bandura** نقلا عن **الحجار(1989)** أن أحكام الأفراد على قدراتهم الذاتية في السيطرة على المواقف المتنوعة، من مواجهة المشكلات إلى إختيار المهنة، تؤثر على الأفراد من خلال حجم الجهد المبذول أو المدة التي يقضونها في مواجهة المتاعب والعراقيل، أو قدر التوتر الذي يعانونه ويتعرضون له. فالفعالية الذاتية تمثل إحدى الخصائص النفسية التي تؤثر في أفكار الشخص وتفسيرا لما يلقاه من أحداث الحياة، وتعتبر مؤشرا كافيا للتنبؤ بمدى صموده أمام خبرات الفشل ومدى مثابرته في تحقيق الإنجاز أو بمدى إكتئابه، فهي بذلك تؤثر على ردود فعله إزاء الشدائد والتوترات والسلوك الذي يتبع ذلك **(سلامة، 1991).**

يتضح مما سبق، أن الأشخاص ذوو فعالية مرتفعة للذات يتسمون بمجموعة من الخصائص الإيجابية تعزز قدرتهم على التعامل مع عوامل الضغط المختلفة والتخفيف من شدته وآثارها على صحته النفسية والجسدية. ومن هذه الخصائص نميز مايلي:

- ترفع من تقديرها لذاته وتشعره بالقيمة.
- تمنحه القدرة على أداء السلوك الذي يحقق النتائج المرغوبة في أي وقت.
- تعزز القدرة على مواجهة التحديات التي يواجهها في حياته اليومية.
- يجندون أكبر قدر ممكن من الطاقة الجسمية والإنفعالية لضمان نجاح أدائهم.
- لديهم ممارسات فعالة في حياتهم.
- لديهم القدرة على السيطرة على البيئة المحيطة.
- لديهم إرادة قوية.

أما الذين يفقرون إلى فعالية عالية للذات يتصفون بـ :

- عدم الثقة بالنفس.
- العجز أو التشاؤم فيما يخص القدرة على ممارسة التحكم والسيطرة على بيئتهم.
- سيطرة أقل على سلوكهم، ودوافعهم وعلى المحيط.
- قدرة أقل على مواجهة المشكلات والتغلب عليها.

2-3 سمة القلق

* مناقشة نتائج الفرض الثالث

يتضح من عرض النتائج، كما في الجدول رقم **(33)** وجود فروق جوهرية ودالة بين مجموعتي البحث في درجة سمة القلق لصالح المرضى الذين يتسمون بدرجة عالية في سمة القلق مقارنة بالعاديين، أي أن متوسط درجات سمة القلق أكبر عند المرضى عنه عند العاديين.

يشير التراث السيكولوجي إلى القلق بإعتباره سمة على الفروق الفردية الثابتة نسبيا في الإستهداف للقلق بوصفه سمة في الشخصية. ويضيف **Spielberger** نقلا عن **عثمان (2001)** أن سمة القلق تشير إلى الإختلافات بين الناس في ميلهم إلى الإستجابة تجاه المواقف التي تدرك كمواقف مهددة، وذلك بإرتفاع شدة القلق وتنشط سمة القلق بواسطة الضغوط**.** ويرى "**عبد الخالق** " **(1998)** بأن القلق كسمة مميزة من مميزات الشخصية، فهو إستعداد ثابت نسبيا، كامن في الفرد نتيجة خبرة متعلمة في مواقف مؤلمة سابقا، ويستثار هذا الإستعداد بمثيرات من داخل الفرد أو خارجه**.** فالقلق كسمة للشخصية يعني دافعا أو إتجاها سلوكيا مكتسبا يدفع الفرد إلى إدراك ظروف غير خطرة موضوعيا كشيء مهدد، والإستجابة لها بقلق لا يتناسب في حدوثه مع حجم الخطر الموضوعي وتعكس سمة القلق بقايا خبرات ماضية تحدد بشكل ما الفروق الفردية في الميل للقلق، أي في الإتجاه لرؤية بعض أنماط المواقف كشيء خطر والإستجابة لها بحالة قلق **(غالي و أبو علام، 1973).**

ويظهر أن للتقدير المعرفي أهمية في إثارة حالة القلق أو تقليصها، ذلك أن إدراك المثير أنه خطر ومهدد يحدث إستجابة قلق حالة. ويتأثر هذا التقدير للمثيرات والمواقف بأنها مهددة وخطرة بقابلية الفرد، وقدراته، وتجاربه السابقة، ومستوى سمة القلق والخطر الموضوعي الذي يتضمنه الموقف **(نقلا عن البحيري، 1984).** إضافة إلى ذلك، أظهرت بحوث أخرى أن القلق يزيد من شدة حساسية الفرد ويزيد من ميلهم إلى تضخيم الأمور والمواقف التي يختبرونها، وهذا بحد ذاته يسبب لهم قلقا أكثر ويتأثرون بدرجة أعلى بمصادر الضغوط **(عسكر، 2000).**

وفي نفس السياق، يؤكد كل من **Beck** و**Emery** نقلا عن **(Cottraux ,1990)** أن الأشخاص القلقين يدركون البيئة وإحساساتهم الجسدية وفق عمليات معرفية خاطئة، وتتضمن تعظيم المخاطر وتصغير الوضعيات الأمنية، وتفسير كل ما يحدث بتأثير فردي وإنتقاء المثيرات الداخلية والخارجية المرتبطة بالخطر.

وفقا لما سبق، يتميز الأفراد ذوو الدرجة المرتفعة في سمة القلق بأنهم يدركون العالم على أنه خطر ومهدد، كما أنهم يدركون ظروف غير خطرة موضوعيا كشيء مهدد، والإستجابة لها بقلق لا يتناسب في حدوثه مع حجم الخطر الموضوعي، وهم أكثر تأثيرا بالمواقف العصيبة الضاغطة و أكثر تعرضا للشدات النفسية والقلق، فهم يميلون بوجه عام إلى الإستجابة بإرتفاع شدة القلق للمواقف الضاغطة أكثر من غيرهم من الناس مما يجعلهم يتأثرون بدرجة أعلى بمصادر الضغوط النفسية. وهذا ما يفسر إختلاف شدة الضغط بين العاديين و المرضى للبحث الحالي رغم إشتراكهم في بعض مصادر الضغوط النفسية، فأفراد المجموعة المرضية يميلون إلى تضخيم الأمور والضغوط النفسية التي يختبرونها، مما يسبب لهم قلقا أكثر ويجعلهم أكثر حساسية تجاه مصادر الضغوط لأنهم يتميزون بسمة قلق مرتفعة، وهي سمة في الشخصية تكتسب نتيجة خبرة متعلمة في مواقف مؤلمة سابقا تحدد بشكل ما الفروق الفردية في الميل للقلق وإدراك العالم على أنه خطر و مهدد.

على صعيد آخر، أشار **Besançon (1993)** أنه يمكن لكل مرض سواء كان خطيرا أو هينا أن يحدث إضطرابات القلق، وكثيرا ما يصاحب القلق بعض الإصابات مثل مرض السكري، والربو، وقرحة المعدة والإكزيما، وفي مـثل هـذا الإضطرابات النفسية- الجسدية يظهر أن القـلق من محدداتها وأسبابها على الأقل في جزء منها. ويضيف **العيسوي (2000)** بأن القلق الشديد والمستمر يرتبط بأنواع مختلفة من الأمراض النفسية – الجسدية، لذلك نجد أن الأشخاص الذين يتميزون بدرجة عالية من سمة القلق يتميزون بحالة من القلق معظم الوقت. إضافة إلى ذلك، أشار **الRراد (1984)** إلى أن الضغوط المستمرة الطويلة والشعور بالقلق المستمر المتواصل يؤدي إلى الإصابة بالأمراض خاصة الأمراض السيكوسوماتية.

* مناقشة نتائج الفرض الرابع

وتتفق هذا النتائج مع ما أسفر عنه الفرض الرابع – كما يتضح من الجداول رقم **34Û 35Û 36Û 37** حيث يتسم أفراد المجموعة العادية بدرجة منخفضة في سمة القلق مقارنة بمرضى الربو، والسكري، والمدمنين على المخدرات ومحاولي الإنتحار الذين يظهرون درجات مرتفعة في سمة القلق.

ففي مجال الإصابة بمرض الربو والسكري، لقد وضح **Cannon** نقـلا عـن **عويضة (1996)** بأن المواقف الإنفعالية مثل الخوف والقلق مـن العوامل التي تسبب مرض السكري. ويضيف **العيسوي (2000)** بأن مرض السكري داء طويل الأمـد يصاحب الإنسان طوال حياته كلها، وإن الإحـساس بمضاعفات المرض وخطورتها لها جانبها النفسي المتمثل في شعور المريض بالخوف والقلق على حياته وصحته. كما توصل كل مـن **Lépine** و**Chignon (1994)** أنه غالبا ما يصاحب القلق أمراض التنفس وبالأخـص الربو، ومن المؤكد أن للقلق دور مساعد فـي هذا المرض. ويضيف **Blamoutier (1982)** أنه غـالبا ما يظهر القلق والإكتئاب السبب المباشر المفجر لنوبات الحـساسية و الربو أو يعمل عـلى تفاقمها. وفـي هـذا الصدد أظهرت دراسات **Yellowlees** و**Thompson** وآخـرون نـقلا عـن **(Yellowlees et al ,1988)** مدى إنتشار إضطرابات القلق والإكتئاب لدى مرضى الربو مقارنة بالمجتمع العام، ويرجع تفسير ذلك أن هناك عوامل بيولوجية، ونفسية وإجتماعية تجعل من الربو في حد ذاته إضطراب مثير للقلق، ويمكن لمجرد الإصابة بالربو أن تولد لدى المرضى قابلية مرتفعة لتطوير إضطرابات القلق. ضف إلى ذلك، خوف هـؤلاء المـرضى من تعرضهم للإختنـاق وضيـق التنـفس خاصة عند تـواجدهم في مكان ما بمـفردهم ودون جهـاز توسـيع الشعـب الهوائيـة أو عـندما يبـدو لهم الجهاز غير مجد لحالتهم.

بناءا على ما سبق، يمكن تفسير وجود فروق دالة في درجات سمة القلق بين مرضى داء الربو، والسكري والعاديين للبحث الحالي لأن الإصابة بهذا الأمراض المزمنة ومضاعفاتها الصحية الخطيرة في حد ذاتها تثير القلق لدى المريض، كما تؤدي هذا المشاعر السلبية إلى رفع مستوى الجلوكوز في البول والدم أو تفجير نوبة ربوية نتيجة القلق والتوتر والضغط الإنفعالي.

وفي مجال الإنتحار، أشار **Lester** نقلا عن **(Beautrais et al ,1999)** بأن وجود مستوى من القلق والعصابية تمثل عوامل خطر وإستعداد فردي للسلوك الإنتحاري لدى الشباب. ويؤكد كل من"**Kacha" (2001)** و**عبد الرحمن(2000)** بأن عوامل مثل الإندفاعية، والقلق، والميولات الإكتئابية، ووجود علاقات صراعية مع المحيط والتقارب الزمني بين أزمات الحياة تعتبر من عوامل الخطورة في الإنتحار. بينما يشير التراث السيكولوجي في مجال الإدمان على المخدرات بأن هناك بعض السمات في الشخصية تدخل في باب الإستعداد لتعاطي المخدرات منها ضعف الإرادة، والقلق والإكتئاب **(نقلا عن سويح، 2001).** وفي السياق نفسه، يذهب **سلامة (1999)** إلى أن من الأسباب النفسية لتعاطي المخدرات المشاعر السلبية التي يشعر بها المدمن من مشاعر القلق، والتوتر، والخوف والضعف وكلها تدفع بالفرد إلى إستجابة إنسحابية للهروب من هذا المشاعر عن طريق تعاطي المخدرات.

ويضيف **Stolerman (1991)** نقلا عن **فايد (العدوان و الأكتئاب، 2001)** بأن الفرد الذي يشعر بالقلق والتوتر و يتعاطى الكحول أو المخدر يشعر بالهدوء والسكينة، ويعتبر إحساسه هذا دعما لتناول هذه المواد في المرات التالية. كما وضح كل من **الشناوي وعبد الرحمن (1998)** بأن المخدرات تخفض التوتر الذي يشتمل على الخوف، والقلق، والصراع والإحباط وإن المخدرات تستعمل لخصائصها المخفضة للتوتر. كما أكدت دراسة كل من **Kutash** و**Schesinger(1980)** نقلا عن **الأنصاري (2004)** إرتباط القلق بإدمان الكحوليات، إذ يرى العاملون في مجال الإعتماد على الكحوليات أن وراء إستخدام الكحول عدة أسباب في مقدمتها الرغبة في التخلص من الضغوط والقلق.

تتفق هذه النتائج مع ما أقره البحث الحالي، حيث أسفرت إجابات أفراد عينة الدراسة خاصة المرضى للأسباب الدافعة للتدخين، وتناول الكحول وتعاطي المخدرات **(أنظر الملحق5 رقم 1 الأسئلة التالية 17، 20، 23، 26)** فكانت من أهم العوامل الشعور بالقلق والتوتر. كما يصرح الأفراد الذين حاولوا الإنتحار بأن من الأسباب وراء هذا السلوك الشعور بالقلق والتوتر. فيلجأ المدمن على المخدرات للكحول والمخدرات لتقليص هذه المشاعر السلبية، بينما يلجأ محاول الإنتحار للسلوك الإنتحاري كالسبيل الوحيد الممكن بالنسبة له. وأخيرا أبرزت نتائج الفرض الرابع للبحث الحالي دليلا آخر أن متوسط درجات سمة القلق أكبر لدى المرضى مقارنة بالعاديين. ووفقا لما سبق يتميز الأفراد ذوو الدرجة المرتفعة في سمة القلق بما يلي:

- يدركون العالم على أنه خطر ومهدد.
- يدركون ظروف غير خطرة موضوعيا كشيء مهدد، والإستجابة لها بقلق لا يتناسب في حدوثه مع حجم الخطر الموضوعي.
- أكثر تأثيرا بالمواقف العصيبة الضاغطة وأكثر تعرضا للشدات النفسية والقلق.
- يميلون بوجه عام إلى الإستجابة بإرتفاع شدة القلق للمواقف الضاغطة أكثر من غيرهم من الناس، مما يجعلهم يتأثرون بدرجة أعلى بمصادر الضغوط النفسية.

وفي ضوء ما سبق، وما توصلت إليه نتائج الفرض الثالث و الرابع للبحث الحالي (كما يتضح من الجداول رقم **33، 34، 35، 36، 37**) فيما يخص دراسة الفروق في بعض سمات الشخصية من تقدير الذات، وفعالية الذات، وسمة القلق بين العاديين والمرضى، أو بين المجموعة العادية وكل مجموعة مرضية على حدى (مرضى الربو، والسكري، والمدمنين على المخدرات ومحاولي الإنتحار) يتضح أن أفراد المجموعة العادية يتسمون بتقدير مرتفع للذات، وبفعالية عالية للذات وبدرجة منخفضة في سمة القلق، بينما يتميز المرضى بتقدير منخفض للذات وفعالية واطئة للذات وبدرجة عالية في سمة القلق.

في هذا الصدد، أشارت العديد من الدراسات السابقة وجود إرتباطات بين مختلف هذا السمات الشخصية بعضها البعض. وستقوم الباحثة الحالية بسرد بعضها، فقد أسفرت دراسة **عبد العال السيد (2002)** وجود علاقة إرتباطية موجبة ودالة بين فعالية الذات وتقدير الذات. كما توصلت دراسات كل من **David** وآخرون **(1996)**، و**Bosscher** وآخرون **(1999)** و**علاء الشعراوي (2000)** و**Bandura** وآخرون **(2001)** نقلا عن **عبد العال (2002)** إلى وجود علاقة بين فعالية الذات وكل من تقدير الذات وتحقيق الذات وهذا يعني أن فعالية الذات وتقدير الذات كلاهما يتأثر بالأخر سلبا وإيجابا. كذلك أوضحت دراسة كل من **Myers (2000)** و**Gresham (1998)** نقلا عن **كامل (2004)** أن القلق يرتبط بتقدير الذات، فالأفراد القلقون لابد وأنهم يعانون من تقدير ذات سلبي ومن ثم لديهم الإستعدادات السلوكية لعدم التوافق، أما الأفراد الذين لديهم تقدير ذات إيجابي فتنمو لديهم الإستعدادات السلوكية للتوافق ومن ثم فهم يتمعون بتقدير ذات مرتفع. كما أكدت دراسة **Zoccolillo (1992)** نقلا عن **كامل (2004)** أهمية القلق كمتغير له أثرا السلبي على تقدير الذات، فكلما إرتفع القلق نقص تقدير الفرد لذاته. ولعل ما سبق يوضح لنا علاقة تقدير الذات بالقلق، فقد أسفرت بحوث أخرى **Lipsitt (1968)** و**Lamps** (**1975**) و**Mannuy** و**Mannuy** (**1958**) نقلا عن **عطا (1993)** أن هناك علاقة سالبة بين تقدير الذات والقلق، إذ يرتفع مستوى القلق عند أولئك الذين إنخفض تقديرهم لذواتهم مقارنة لمن كان تقدريهم لذواتهم عاليا، يتضح مما سبق أن الفرد القلق يميل إلى أن يكون تقديرا لذاته منخفضا، و ينظر إلى نفسه على أنه أقل جاذبية من أقرانه. كما أوضحت دراسات أخرى منها دراسة **Toweddle (1988)** نقلا عن **عبد العال (2002)** وجود علاقة سالبة بين فعالية الذات وكل من الإكتئاب، والقلق وغياب التدعيم الإيجابي.

تتفق مختلف نتائج الدراسات السابقة مع ما توصلت إليه الباحثة في الدراسة الحالية، فالأفراد الذين إتسموا بدرجة سمة قلق مرتفعة كانوا أقل تقديرا لذواتهم وإمتازوا بفعالية منخفضة للذات، ومثل هذا السمات الشخصية السلبية تجعل الفرد سيء التوافق أمام الضغوط الحياتية، وبالتالي تجعله أكثر إدراكا لها مما ينجر عنها أثار سلبية على صحته النفسية والجسدية. وما يزيد من خطر إصابته بالمرض تضافر مثل هذا السمات الشخصية والضغوط المعاشة إلى جانب الإستعداد الوراثي للمرض وأسلوب الحياة المتبني، دون أن ننسى أهمية إستراتيجيات المواجهة التي يستعملها الفرد عند تعامله مع هذا الضغوط، وهذا ما سوف نتطرق إليه لاحقا.

3- إستراتيجيات المواجهة

3-1 مناقشة نتائج الفرض الخامس

يتضح من عرض النتائج المبين في الجدول رقم **(38)** وجود فرق دال بين مجموعتي البحث في إستعمال بعض إستراتيجيات المواجهة من مخططات حل المشكل، وإتخاذ مسافة، وضبط الذات، والبحث عن سند إجتماعي وإعادة التقدير الإيجابي لصالح المجموعة العادية، وإستعمال إستراتيجية التجنب-التهرب لصالح المجموعة المرضية، في حين لم تسفر النتائج عن وجود إختلاف دال بين العاديين والمرضى في إستعمال إستراتيجيتي التصدي وتحمل المسؤولية. وتحقق هذا النتائج صحة الفرض بشكل جزئي.

وتعكس النتائج السابقة ما أقرا التراث السيكولوجي عن الدور الهام لإستراتيجيات المواجهة لتفسير العلاقة بين ضغوط أحداث الحياة وإنعكاساتها الصحية على الفرد. فيشير **Koutsoimou** وآخرون **(1996)** نقلا عن **يوسع** **(2000)** أن خبرة الضغوط ليست العامل الحاسم في الإصابة بالمرض وإنما الأهم هو كيف يواجه الفرد تلك الضغوط. ويضيف **Atkinson** وزملاؤا **(1990)** نقلا عن **يوسع(2000)** أن كل أشكال السلوك المضطرب هي نتيجة للمواجهة غير الناجحة**.** في حين يذهب كل من **Lazarus** و**Folkman** **(1988)** نقلا عن **شريح** **(2002)** إلى أن الطريقة التي يواجه بها الأفراد الضغط النفسي هي التي تؤثر على صحتهم النفسية والجسدية، وليس الضغط بحد ذاته، وهذا ما جعل الباحث **Frydenberg** **(1999)** نقلا عن **شريح(2002)** يصرح بأن الصحة والحالة الجيدة تعتبر رهن الطريقة التي نتعامل أو نواجه بها الضغط النفسي**.**

إذا، تعتبر المواجهة عملية نشطة يقيم الفرد من خلالها قدراته وإمكانياته على مجابهة الحياة، وبالخصوص مواجهة المواقف الضاغطة والنجاح في التعامل معها وضبطها**(Bloch et al,1997)** فهي بذلك إستجابات قد تكون من طبيعة معرفية أو وجدانية، و قد تضم أشكالا من السلوك المباشر كالتجنب أو مواجهة المشكل، فهي مجموعة من السيرورات النفسية التي يستعملها الفرد بغرض تقليص أثر الضغط وخفض التوتر الذي يصاحبه وآثار ذلك على صحته**(Paulhan et al, 1994).** بينما تعتبر المواجهة حسب **Valentiner** وآخرون**(1994)** عامل إستقرار تساعد الفرد على الحفاظ على توافقه النفسي الإجتماعي خلال فترات الضغط. وفي هذا السياق، يضيف كل من **Pearlin** و**Schooler** نقلا عن **(Folkman & Lazarus,1984)** بأن للمواجهة وظيفة وقائية تتجلى في تغيير وإزالة الظروف التي تثير المشكل، وضبط معنى التجربة المعاشة قبل أن تصبح وضعية ضاغطة وتقليص الضيق الإنفعالي.

كما يرى كل من Lazarus وFolkman **(1984)** أن تنوع أساليب وإستراتيجيات المواجهة المستعملة كإستجابة للضغط تفيد نفسيا للتوسط بين أثر الضغوط والنتيجة التكيفية للوظيفة النفسية الإجتماعية وأسلوب الحياة و الصحة الجسدية. فقد أشارت العديد من الدراسات إلى الإرتباط الموجود بين سوء التوافق بأساليب المواجهة غير الفعالة مع الأزمات، في حين يرتبط التوافق الحسن بأساليب المواجهة الفعالة **(نقلا عن شعبانÛ 1992).** ويؤكد كل من **Moos** و**Billings** **(1984)** نقلا عن **يوسف (2000)** أن ضغوط الحياة ترتبط بمدى واسع من الإضطرابات، بينما تمثل مصادر المواجهة عوامل تعويضية تساعد على إستمرار الصحة. في حين يذهب **Lazarus** نقلا عن **يخلف(2001)** إلى أن إستعمال الفرد لأساليب مواجهة غير فعالة هو الذي يترتب عنه معاناته من الضغط النفسي. لذلك، تعد أساليب مواجهة الضغوط مؤشرا لما يتمتع به الفرد من كفاءة وفاعلية وقدرة على المواجهة لما يحقق له التوازن النفسي ويقلل من التأثير السلبي للضغوط، إذ أن هذه الأساليب قد تكون غير فعالة وتعد دالة على التوافق السيء، ومن ثمة فإن إستراتيجيات الفرد في مواجهة الضغوط تعد من المؤشرات التنبؤية للصحة النفسية **(الشمالÛ 2002).**

ويعكس التراث السيكولوجي أهمية المواجهة بإعتبارها متغير وسيط بين الضغط وأثره، فقد أشارت **Kobasa (1979)** نقلا عن **عبد السلام (1997)** إلى أن الأفراد الذين لا يستطيعون مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، ويفتقدون القدرة على التكيف الإيجابي والدافعية للتحدي لمقاومة هذه الأحداث، ويتسمون بالعجز في إختيار بدائل متعددة لحل المشكلات التي تواجههم، ويفتقدون التوازن النفسي من الضغوط النفسية يكونون عرضة للإضطرابات النفسية. وتتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه العديد من الدراسات الأخرى**(Roberts وآخرونÛ 1987; Marconi وآخرونÛ 1988; Moos Û1988 ; Lacovara Û1983; Hassani Û1982; Boker وآخرونÛ 1989; Siegel Û1989; Toiri Û1989; Aldwin وLazarusÛ1981; Moos وBillings Û1981)** التي أوضحت أن أساليب مواجهة الضغوط تميز وتفرق بين الأسوياء والمرضى سواء المعاقين أو المرضى العضويين أو النفسيين، فقد أشارت هذه الدراسات إلى أن الأسوياء يميلون إلى الإعتماد على إستخدام أساليب المواجهة الإقدامية المتمركزة حول المشكلة **(نقلا عن شعبانÛ 1992).** وعند مقارنة المعاقين بالأسوياء، أشارت نتائج دراسة كل من **Williamson** و**Zeiltine (1990)** نقلا عن **شعبان (1992)** أن العينة المعاقة لديها أساليب غير تكيفية بالمقارنة بالعينة الضابطة. كما أوضحت دراسة **Toiri (1989)** نقلا عن **شعبان (1992)** على عينة من المصابين بالجنسية المثلية، أن هذه العينة تستخدم أساليب مواجهة غير تكيفية، حيث أنهم يدركون البيئة التي يعيشون فيها على أنها محفوفة بالمخاطر.

بينما وجدت **Keys** وآخرون **(1987)** نقلا عن **شعبان (1992)** أن مرضى السرطان الذين إعتمدوا على التعامل الإحجامي بدرجة كبيرة، كانوا أكثر إكتئابا وسجلوا في إجاباتهم مزيدا من العجز في مقاومة المرض بالمقارنة بالذين إعتمدوا على التعامل الإقدامي. وفي دراسة أخرى لـ **Billings** **وآخرون** **(1983)** نقلا عن **شعبان (1992)** إتضح أن المكتئب يختلف في أساليب تعامله مع الضغوط البيئية بالمقارنة بغير المكتئب، فالأفراد ذوي الأعراض الإكتئابية المنخفضة أكثر ميلا لإستخدام الأساليب المتمركزة حول المشكلة، في حين أن الأفراد ذوي الأعراض الإكتئابية المرتفعة يكونون أكثر ميلا لإستخدام الأساليب المتمركزة حول النواحي الإنفعالية والوجدانية المصاحبة للأزمة.

نستخلص مما تقدم أن هناك إرتباط بين الأساليب الفعالة في مواجهة الضغوط والتوافق العام والخلو من الأعراض المرضية، أي هناك علاقة تبادلية بين الأساليب التوافقية في مواجهة الضغوط وتمتع الفرد بالتوافق العام والصحة. تتفق نتائج الدراسات السابقة مع نتائج الدراسة الحالية حيث يختلف أفراد المجموعة العادية والمرضى في طريقة مواجهتهم لضغوط أحداث الحياة. وسيتم فيما يلي التفصيل في عرض مختلف إستراتيجيات المواجهة المستعملة بين المجموعتين.

* إستراتيجية مخططات حل المشكل:

أسفرت النتائج وجود فرق دال بين العاديين والمرضى في إستعمال هذه الإستراتيجية لصالح أفراد المجموعة العادية، فالمرضى أقل إستعمالا لهذه الإستراتيجية عند مواجهة الضغوط.

تجدر الإشارة هنا إلى أن مخططات حل المشكل إستراتيجية تندرج ضمن أساليب المواجهة التي تركز على المشكل (حسب تصنيف **Lazarus** و**Folkman**) فهي جهود يبذلها الفرد للسيطرة بشكل مباشر على الموقف الضاغط عن طريق إستعمال مصادره الذاتية في حل المشكلة ومواجهتها مباشرة، وإتخاذ الإجراءات التي تخفف من تأثير الأحداث الضاغطة **(نقلا عن شريجي 2002).** وفي هذا السياق، يرى كل من **الشناوي** و**عبد الرحمن (1998)** أن حل المشكل هو عملية يحاول بها الشخص أن يخرج من مأزق أو موقف ضاغط، وهو نوع من السلوك المحكوم بقواعد يستحضر فيها الأشخاص معرفتهم السابقة، فهو بذلك مجهودات مدروسة تهدف لتغيير الوضعية بوضع مخططات عمل وتصرف لإيجاد الحلول لتغيير الموقف بما يتناسب مع صحة الفرد. و يصرح كل من **Cohen** و**Lazarus** نقلا عن **(Bootzin et al ,1986)** بأن المواجهة الناجحة ترتبط بالتوافق وقدرات حل المشكل والضبط الذاتي للإنفعال**.** وهناك عدة أدلة **(Aldwin** و**Revenson, Rohde** وآخرون) نقلا عن **(Carver et al ,1994)** توضح أن إستعمال إستراتيجية نشطة وفعالة للتعامل مع الحياة وضغوطها تعزز عموما الحالة الصحية

للفرد وسعادته. وتضيف " **العناني**" **(2000)** أن من سمات الشخصية السوية القدرة على مواجهة الواقع ويكون ذلك عن طريق حل المشكلات بشكل موضوعي.

وعلى صعيد آخر، يشير كل من **Aspinwall** و**Taylor** **(1997)** و**Carver** وآخرون **(1989)** نقلا عن **(Westen,2000)** أنه عادة ما تستدعي مجهودات تسوية الوضعية الضاغطة حل المشكل، فيحاول الفرد التخلص من العامل الضاغط والتخطيط لحل المشكل بهدف تغيير الموقف. ويضيف كل من **Sheedy** **(1991)** و**Epstein** **(1992)** نقلا عن **(Westen, 2000)** بأن الأشخاص الذين يمتلكون قدرة لحل المشكل ومواجهته مباشرة، لديهم ميل للشعور بضغط أقل وأعراض نفسية أقل من الآخرين. وفي ضوء ما أسفرت عنه دراسات سابقة أخرى حول العلاقة بين المواجهة التي تركز على المشكل (حل المشكل) والصحة النفسية، أشارت أعمال **Lazarus** وآخرون نقلا عن **(Terry ,1994)** بأن المواجهة التي تركز على المشكل على إرتباط إيجابي مع قياسات الصحة النفسية. كما أسفرت أعمال **Taylor** **(1992)**û و**Terry** وآخرون **(1995)**û و**Compas** و**Forsythe** نقلا عن **(Terry & Hynes ,1998)** إرتباط المواجهة التي تركز على المشكل بتسوية أفضل للضغط وبضيق نفسي أقل، ذلك أن هذا الإستراتيجية تحاول التعامل مع الوضعية بشكل نشط وفعال. كما أظهرت أعمال **Endler** و**Parker** **(1998)** وجود إرتباط سلبي بين المواجهة التي تركز على المشكل مع الإضطراب والمعاناة النفسية، فالأشخاص الأسوياء من الناحية النفسية يميلون أكثر لإستعمال المواجهة التي تركز على المشكل من الأشخاص المضطربين.

تتفق هذا النتائج مع ما أسفرت عليه الدراسة الحالية فالعاديين أكثر إستعمالا لإسترتيجية مخططات حل المشكل (مواجهة تركز على المشكل)عند مواجهة ضغوط أحداث الحياة مقارنة بالمرضى الذين يتميزون بفقر في إستعمال هذا الإستراتيجية مما يجعلهم يشعرون بضغط أكبر وسوء الصحة النفسية والجسدية.

* إستراتيجية التصدي:

يتضح من عرض النتائج، كما في الجدول رقم **(38)** عدم وجود إختلاف دال بين مجموعتي البحث في إستعمال إستراتيجية التصدي عند مجابهة ضغوط أحداث الحياة، فليس هناك إختلاف بين العاديين والمرضى في إستعمال هذا الإستراتيجية. ويعرفها كل من **Folkman** و**Lazarus** **(1988)** بأنها تلك المجهودات العدوانية التي يبذلها الفرد لتغيير الوضعية، فهي بذلك تتضمن العدوانية والمجازفة. ويضيف **Graziani** وآخرون **(1998)** بأنها مجهودات عدوانية تجاه الأشخاص المسؤولين عن المشكل.

يمكن تفسير عدم وجود إختلاف في إستعمال هذا الإستراتيجية لطبيعة الضغوط التي يختبرها أفراد مجموعتي البحث، حيث تتدرج المشكلات المعاشة في سياق عائلي، ومهني، وعاطفي، ودراسي وصحي سواء لدى المرضى والعاديين، وإن اللجوء إلى المجهودات العدوانية والمجازفة في مثل هذا الوضعيات قد تزيد من مستوى الضغط أكثر من تغيير الوضعية، فالمواجهة العدوانية لشجار عائلي قد يزيد من توتر العلاقات الأسرية، كما أن المواجهة العدوانية تجاه صاحب العمل قد يؤدي إلى الفصل عن العمل أو توتر العلاقات المهنية، كما أن الإستجابة العدوانية والإنفعالية في مواقف سوء الحالة الصحية (الإصابة بالربو أو السكري) قد تؤدي إلى تفاقم الحالة (تفجير نوبة ربوية أو إرتفاع نسبة السكر في الدم).

* إستراتيجية التجنب- التهرب:

أبرزت النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية عن وجود فرق دال إحصائيا في إستعمال إستراتيجية التجنب- التهرب بين أفراد المجموعة العادية والمجموعة المرضية لصالح الفئة الثانية، فالعاديين أقل إستعمالا للتجنب والتهرب عند مجابهة الضغوط مقارنة بالمرضى.

في ضوء التراث السيكولوجي، وما ورد فيه من دراسات سابقة في مجال إستعمال الإستراتيجية التجنبية عند التعرض للمواقف الضاغطة ونتائجها التكيفية ما يلي، تندرج هذا الإستراتيجية حسب تصنيف **Folkman** و**Lazarus** نقلا عن **شريح (2002)** لأساليب المواجهة التي تركز على الإنفعال، وتشير للجهود الموجهة نحو ضبط الإستجابات الإنفعالية التي تولدها الوضعية الضاغطة، وتأخذ عدة أشكال كالتجنب- التهرب، وتمني زوال مصدر الضيق، وتغيير المعنى الذاتي للتجربة من خلال توظيف نشاط معرفي وإعادة التقييم الإيجابي. فهي بذلك تتضمن مواجهة سلوكية وإنفعالية أو معرفية وإنفعالية، وهي نشاطات ذات فعالية في تقليص مستوى الضيق الإنفعالي، لذلك تعتبر ميكانيزمات توافق ذات أثر مؤقت وأقل فعالية **(Dantchev, 1989)**.

وأشارت العديد من الدراسات للإرتباط بين إستعمال المواجهة التي تركز على الإنفعال وتسوية سيئة للضغط وسوء الصحة. فقد أظهرت أعمال **Aldwin** و**Revenson (1987)** و**Terry (1991)** نقلا عن **(Terry & Hynes ,1998)** إرتباط المواجهة المركزة على الإنفعال بسوء الصحة النفسية. بينما وضحت دراسات أخرى **(Vitaliano 1987 ٍ Maune 1989** و**Terry** وآخرون **1994)** نقلا عن **(Terry ,1994)** أن إستعمال المواجهة التي تركز على الإنفعال تميل إلى الإرتباط بتسوية سيئة للضغط، نظرا لإخفاق مثل هذا المجهودات لمجابهة الحدث**.** كما أسفرت دراسة **Bombardie** وزملائه **(1990)** نقلا عن **يوسع (2000)** أن هناك علاقة بين الميل إلى إستخدام أساليب المواجهة المركزة على الإنفعال والإضطراب النفسي، وتبين أن مثل هذا المواجهة ترتبط بالتوافق السيء مع المشكلات،

كما ترتبط بالضغوط النفسية والإضطراب النفسي. ويضيف كل من **Endler** و**Parker** **(1989)** نقلا عن **(Endler & Parker ,1998)** بأن هناك إرتباط قوي بين المواجهة المركزة على الإنفعال والأعراض السيكاترية، وإرتباط معتدل مع الأعراض الإجتماعية لدى الذكور والإناث على حد سواء، فالأشخاص المضطربين نفسيا يفضلون إستعمال هذا المواجهة أكثر من الأسوياء.

في مجال إستعمال المواجهة التجنبية وعلاقتها بإدراك الضغط وإضطراب الصحة، يرى كل من **Suls** و**Fletcher** **(1985)** نقلا عن **(Graziani et al, 1998)** بأن المواجهة التجنبية هي إستراتيجية سلبية إستسلامية، وتشير للمجهودات السلوكية للتهرب من المشكل من خلال النوم، والأكل، وتناول الأدوية، والمخدرات والكحول، فالتهرب والتجنب يسمح للفرد بالخروج من التفاعل الضاغط دون تغييرا **(نقلا عن Lazarus & Folkman, 1998)**. ويضيف كل من **Holahan** و**Moos** **(1987)** نقلا عن **(Terry & Hynes ,1998)** أن إستراتيجية التجنب- التهرب تضم مختلف المجهودات والمحاولات لتفادي مواجهة المشكل من خلال الأكل والتدخين بهدف تقليص التوتر الناتج عن المشكل. كما يؤكد **Masel** وآخرون **(1996)** نقلا عن **(Terry & Hynes ,1998)** بأن إستعمال إستراتيجية التهرب كإستجابة للضغط على إرتباط سلبي بالتوافق. ويذهب كل من **Aldwin** و**Revenson** **(1987)** للإشارة بأن إستعمال الإنكار، وتوبيخ الذات، التجنب والتهرب تمثل إستجابات مواجهة غير وظيفية، فهي تعمل ضد الفرد وصحته وتوافقه ولا تسير لصالحه، وأنها ترتبط وسوء الصحة النفسية.

في هذا السياق، وضح **Vitaliano** وآخرون **(1987)** نقلا عن **(Folkman & Lazarus ,1988)** أن هناك إرتباط إيجابي بين إستعمال الإستراتيجية التجنبية والقلق والإكتئاب، بينما أسفرت دراسة **Endler** و**Parker** **(1998)** وجود إرتباط إيجابي بين الإستراتيجية التجنبية والمشكلات الصحية من معاناة نفسية أو شكاوي جسدية لدى الجنسين على حد سواء. وتعكس هذا النتائج ما أقرا كـل من**Mc Care** و**Costa** نقلا عن **يوسع** **(2000)** بأن المتوافقين يستخدمون أساليب معينة من المواجهة تجعلهم أكثر سعادة ورضا عن حياتهم، بينما يستخدم سيئوا التوافق أساليب مختلفة للمواجهة ويشعرون بعدم السعادة والمرض.

تتفق مختلف هذا النتائج مع ما أسفرت عليه الدراسة الحالية، حيث يستعمل أفراد المجموعة المرضية بصفة تفضيلية إستراتيجية التجنب- التهرب أكثر من العاديين عند مواجهة ضغوط أحداث الحياة، ويكمن ضرر هذا المواجهة في أنه من الممكن أن يصبح أسلوب الفرد في مواجهة أي مشكل مما يجعله سلبيا لأن ما عليه إلا أن يبعد نفسه عن مسرح الصراع، ومثل هذا المواجهة لا تغير الوضعية وإنما تعمل على تقليـص المستوى الإنفـعالي والتوتر الناتج عن الوضعية، وإذا إستمر الضغط تصبح غير فعالة مما قـد

يؤدي ذلك إلى زيادة شدة الضغط النفسي الذي يؤثر لاحقا على صحة الفرد لأن هذا الإستراتيجية فشلت في مواجهة الموقف الضاغط. وهذا ما يفسر شدة الضغط النفسي لدى المرضى مقارنة بالعاديين، لأن الفئة الأولى أكثر إستعمالا لإستراتيجية التجنب بينما هناك تفضيل لإستراتيجية مخططات حل المشكل لدى الفئة الثانية. وقد وضحت الدراسات السابقة الإرتباط الإيجابي أو السلبي لإستعمال إستراتيجيتي التجنب-التهرب ومخططات حل المشكل بتسوية الضغط النفسي، والتوافق وإنعكاسهما على الصحة النفسية والجسدية.

* **إستراتيجية إتخاذ مسافة:**

يتضح مـن عرض النتائج كما في الجدول رقم **(38)** وجود فروق جوهرية بين المرضى والعاديين في إستعمال هذا الإستراتيجية، فالمرضى أقل إستعمالا لإستراتيجية إتخاذ مسافة مقارنة بالعاديين. وتشير هذا المواجهة حسب **Folkman** و**Lazarus** **(1988)** للمجهودات المعرفية التي يبذلها الفرد لتحرير الذات من الضغط من خلال تصغير وتقليل معنى الوضعية الضاغطة وأهميتها. كما تندرج هذا الإستراتيجية ضمن الأساليب التي تركز على الإنفعال حسب كل من **Folkman** و**Lazarus** نقلا عن **(Westen,2000)** وتهدف إلـى تقليص الأثر الإنفعالي للضغط من خلال تعديل الآثار الإنفعالية(ضيق، وتوتر وقلق) الناتجة عن الخبرة الضاغطة أو تعديل الأفكار والمعارف المرتبطة بالموقف، فهي بذلك لا تحاول التغلب على الضغط بحد ذاته، وتهتم إستراتيجية إتخاذ مسافة بتسوية الوضعية الضاغطة مـن خلال تعديل المعارف أو تقدير الوضعية، فهي غالبا ما تستدعي إعادة الصياغة المعرفية للحدث حيث يصير أقل تهديدا. ويضيف **Dantchev** **(1989)** بأن هذا الإستراتيجية تتضمن مواجهة معرفية - إنفعالية مـن خلال توظيف نشاط معرفي يغير المعنى الذاتي للتجربة، بهدف تقليص المستوى الإنفعالي. ويلعب التقدير المعرفي مـن قبل الفرد لحجم الضغط الواقع عليه دورا فـي تحديد الآثار الإنفعالية والفسيولوجية التي يسببها الحدث الضاغط، وهو ما يفسر لنا تباين إستجابة الأفراد لحدث ضاغط واحد **(نقلا عن عثمان 2001).** ولقد وضح **Lazarus** نقلا عن **(Légeron & Andre ,1993)** بأن إدراك الفرد للحدث إن كان مؤذي، مهدد، خطر، هو الذي يحدد إستجابته، وبالتالي تأثير ذلك على صحته النفسية والجسدية.

يمكن إرجاع الفروق الملاحظة فـي إستعمال إستراتيجية إتخاذ مسافة بين العاديين والمرضى، بأن العاديين يوظفون أكثر مـن المرضى نشاط معرفي لضبط معنى التجربة المعاشة قبل أن تصبح وضعية ضاغطة ومهددة، وذلك بتقليل معنى وأهمية الوضعية الضاغطة، وهذا التقدير المعرفي يجعل مـن الموقف أقل تهديدا وضغطا، فإن تغيير إدراك الفرد للحدث يعمل على تعديل الإنفـعالات الناتجـة

عن هذا الوضعية. ورغم إشتراك أفراد مجموعتي البحث فـي طبيعة بعض الضغوط التي تعرضوا لها مـن مشكلات عائلية، ومهنية، وعاطفية، ودراسية، وإجتماعية وإقتصادية، غير أن النتائج عكست شدة الضغط أكبر لدى المرضى، يرجع ذلك مـن جهة أخرى إلـى أن هذا الفئة يدركون الأحداث والمشكلات الحياتية كمولدات للضغط وكأحداث مهددة، بالإضافة لفقر قدراتهم لتغيير معنى التجربة المعاشة مـن خلال تقليل وتصغير أهميتها، وهذا ما يزيد من شدة الضيق الإنفعالي ورفع مستوى الضغط. ضف إلـى ذلك، يختبر المرضى مشاكل صحية مزمنة (ربو، وسكري وإدمان عـلى المخدرات) كمصدر ضغط إضافي مقارنة بالعاديين، وإنعكاس الحالة الصحية عـلى نشاطهم وحياتهم اليومية، بالإضافة إلـى الهموم المستقبلية المرتبطة بمضاعفات المرض، فاللجوء إلـى إستراتيجية إتخاذ مسافة فـي مثل هذا الضغوطات الصحية يبدو غير مجدي، نظرا لأنه لا يمكن التقليل مـن معنى الوضعية وتصغير أهميتها لدى المرضى، وهذا ما يفسر الفروق الملاحظة بين العاديين والمرضى فـي شدة الضغط لصالح الفئة الثانية، وإستعمال إستراتيجية إتخاذ مسافة لصالح الفئة الأولى.

* إستراتيجية ضبط الذات:

يتضح من الجدول رقم **(38)** وجود إختلاف دال فـي إستعمال إستراتيجية ضبط الذات بين مجموعتي البحث لصالح المجموعة العادية، فالمرضى أقل إستعمالا لهذا الإستراتيجية مـن العاديين عند مجابهة ضغوط أحداث الحياة.

في ضوء ما أشارت إليه الدراسات السابقة وما أقرا التراث السيكولوجي، فإن مفهوم ضبط الذات يترك لدينا إنطباعا بأن هناك نوعا من تقييد الذات، فهو يتضمن الكبح والتقييد الذي يمارسه الفرد عـلى نفسه. ويذهب كل من **O'Leary** و**Wilson** **(1980)** نقلا عن **الشناوي وعبد الرحمن(1998)** إلـى أن ضبط الذات عبارة عن أسلوب لتغيير السلوك يبدأا الفرد عادة بنفسه بغرض التأثير عـلى سلوكه الشخصي. كما يرتكز مفهوم ضبط الذات حسب **الرشيدي** وآخرون **(2001)** عـلى التنظيم الوجداني، والجهود التي يبذلها الفرد لضبط الإنفعالات عند التعامل مع المواقف الضاغطة، وذلك مـن خلال تحمل الغموض والتناقض وتحكم الفرد فـي مشاعرا. وتشير **حنان العناني (2000)** أنه كثيرا ما يستخدم الفرد أسلوب الضبط الذاتي لتحقيق التوافق الحسن، فيمتنع عن ممارسة سلوك فـي لحظة ما حتى يبعد الضرر على صحته الجسمية والنفسية. كما يعد إستجابة نشطة مـن جانب الفرد تمكنه مـن التحكم فـي الموقف، ويعتمد على مراقبة الذات مـن خلال ملاحظة الأفكار والمشاعر والتصرفات المطلوبة ووضعها تحت الضبط، وتهدف هذا الإستراتيجية إلـى ضبط المشاعر والإنفعالات التي تستثيرها الوضعية الضاغطة مع الإحتفاظ بحالة مـن الإتزان الوجداني **(الرشيدي وآخرون، 2001).**

وفي هذا السياق، أشارت عدة دراسات منها دراسة **Solomon** وآخرون **(1990)** بأن اللجوء إلـى أسلوب ضبط الإنفعالات وقمعها وبالأخص السلبية منها عند التعرض للموقف الضاغط، تعرض الفرد لخطر الإصابة بالمرض النفسي والجسدي، وذلك مـن خلال التعامل مع الضغط بإستجابات مواجهة ترتكز عـلى الإنفعال (ضبط إنفعالي) عوض التعامل مع مصدر الضغط. ويؤكد **Anderson (1981)** نقلا عن **(Kotler et al ,1994)** أن ضبط وقمع الإنفعالات يمكن أن يكون له آثار فيزيولوجية ضارة ومؤذية تزيد مـن خطر الإصابة بالمرض، كما دعمت عدة أدلة تجريبية هذا الحقيقة وأشارت إلـى أن الضبط المفرط للغضب والعدوانية أو القلق يرتبط وظهور أنواع مختلفة مـن الإضطرابات كالربو وآلام المفاصل والشقيقة. ويضيف **Temoshok** وآخرون **(1987)** نقلا عن **(Kotler et al ,1994)** بأن قمع الإنفعالات مثل الغضب والقلق يعتبر إستراتيجية مواجهة ونمط إستجابة أثناء التفاعل الإجتماعي، ويهدف إلـى تجنب الضغط والصراعات مع الآخرين**.**

ولم تتفق نتائج الدراسات السابقة مع ما أسفرت عليه الدراسة الحالية، حيث يستعمل أفراد المجموعة العادية إستراتيجية الضبط الذاتي أكثر من المرضى، ويمكن تفسير ذلك من جهة إلى طبيعة الضغوط المعاشة فهي تندرج فـي سياق عائلي، وزوجي، ومهني وعاطفي فضبط المشاعر والإنفعالات (خاصة السلبية منها كالغضب والعدوانية) عند التعامل مع هذا المواقف تحقق توافق أحسن من التفريغ الإنفعالي خاصة للمشاعر السلبية، لأن الفرد يعيš بصفة مستمرة فـي وسطه العائلي والمهني، فالضبط الإنفعالي مـن طرف الفرد يعمل على تقليص التوتر العائلي أو المهني، بينما يؤدي التفريغ الإنفعالي السلبي إلـى مزيد مـن التوتر والإنزعاج خاصة عند معايشة مواقف ضاغطة ثابتة نسبيا كالعائلة والعمل والصحة. ويشير **العيسوي (1994)** بأن إستمرار الإنفعالات يؤدي إلـى تغيرات فيزيولوجية طويلة أيضا وتؤدي بدورها إلـى حدوث أضرار بالغة بالجسم والإصابة بالأمراض السيكوسوماتية.

* إستراتيجية البحث عن سند إجتماعي:

أسفر عرض النتائج- كما يتضح من الجدول رقم **(38)**- وجود فرق دال فـي إستعمال إستراتيجية البحث عن سند إجتماعي بين العاديين والمرضى لصالح الفئة الأولى، أي أن المرضى أقل إستعمالا لهذا الإستراتيجية عند مجابهة ضغوط أحداث الحياة.

تتفق هذا النتائج مع نتائج دراسات سابقة والتي أسفرت أن هناك مصدر آخر مهم لمواجهة الضغط هو السند الإجتماعي، فيشير **Lepore (1994)** نقلا عن **فايد (2000)** أن المساندة الإجتماعية هي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة فـي البيئة الإجتماعية للفرد التي يمكن إستخدامها فـي أوقات الضيق، ويتزود الفرد بالدعم الإجتماعي مـن خلال شبكة علاقاته الإجـتماعية التي تضم كل الأشخاص

الذين لهم إتصال إجتماعي بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم في الغالب الأسرة، والأصدقاء وزملاء العمل، فإستراتيجية البحث عن سند إجتماعي تلعب دورا في التخفيف من الضغط النفسي عن طريق التواصل الإجتماعي الجيد والعلاقات الإجتماعية المرنة والحميمية. ويرى **Cohen (1997)** نقلا عن **شريح (2002)** أن الفرد لن يرى الحدث ضارا أو ضاغطا إذا إعتقد أن شبكته الإجتماعية سوف تساعده لمواجهة هذا الحدث. كما يؤكد **Derholser** وأخرون نقلا عن **فايد (2000)** وجود إرتباط سالب بين حجم الدعم الإجتماعي وضغوط الحياة. ويمكن للمساندة الإجتماعية أن تتدخل بين الحادث الضاغط وردود الأفعال المصاحبة، حيث تقوم بتخفيف أو منع إستجابة تقدير الضغط النفسي، ومعها يشعر الشخص أن الحدث الضاغط ليس خطيرا أوشديدا، كما قد تتدخل المساندة بين خبرة الضغط وظهور الحالة المرضية أو السلوك المضطرب فتقل أو تستبعد رد الفعل الضاغط بالتأثير المباشر على الحالة الفيزيولوجية، ومن ثم تؤدي إلى التخفيف أو التهوين من الأهمية التي يدركها الشخص للمشكلة، لذلك تعتبر المساندة الإجتماعية كعامل وسيط لفهم العلاقة بين التوتر وأحداث الحياة من جهة والصحة أو المرض من جهة أخرى **(عبد الرحمن، 2000)**. إن الدعم الإجتماعي الذي يتلقاه الفرد من خلال الجماعات التي ينتمي إليها كالأسرة، والأصدقاء، والزملاء تقوم بدور كبير في خفض الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها، لذلك تعتبر المساندة الإجتماعية عاملا هاما في صحة الفرد، وإن غياب هذه المساندة أو إنخفاضها يمكن أن تنشط الآثار السلبية للأحداث الضاغطة التي يتعرض لها الفرد مما يؤدي إلى إختلال الصحة النفسية لديه.

وفي هذا الصدد، يذهب **Russell** و**Cutrona (1990)** نقلا عن **فايد (2000)** إلى أن المساندة الإجتماعية وإتاحة علاقات إجتماعية مرضية تتميز بالحب، والود والثقة تعمل كحواجز ضد التأثير السلبي لضغوطات الحياة على الصحة الجسدية والنفسية. كما وضح **Salovey** وآخرون **(1998)** نقلا عن **(Westen ,2000)** بأن للسند الإجتماعي أهمية بالغة للحفاظ على صحة جسدية ونفسية جيدة. ويؤكد **Strobe (1996)** نقلا عن**(Westen ,2000)** بأن وجود أشخاص يمكن الركون إليهم، والثقة بهم وتقديم إهتمام ودعم ومساعدات تمثل عامل حماية ضد الآثار الضارة للضغط. فالدعم العاطفي والمساندة التي يحصل عليها الفرد تجاه مشكلته من أفراد أسرته أو أصدقائه أوزملاء العمل، حيث يسهم هذا التعاطف ومشاركة الألم في التخفيف من الإحساس بالقلق أو الحزن، ويلطف بشكل هام درجة رد الفعل تجاه الضغط النفسي **(شريح، 2002)**.

وتعكس نتائج البحث الحالي ما أقرته الدراسات السابقة، فالمرضى أقل إستعمالا لإستراتيجية البحث عن سند إجتماعي مـن العاديين عند مواجهة الضغوط، وهذا ما يجعلهم يختبرون أحداث الحياة كضغوط، وما يزيد من مستوى الضغط النفسي لديهم إدراكهم بعدم وجود دعم إجتماعي فـي وسطهم مما يسهم في إختلال الصحة.

* إستراتيجية تحمل المسؤولية:

يتضح مـن الجدول رقم **(38)** عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين مجموعتي البحث في إستعمال إستراتيجية تحمل المسؤولية، ولا يختلف العاديين والمرضى فـي إستعمال هذا الإستراتيجية عند مجابهة ضغوط أحداث الحياة. وتشير هذا الإستراتيجية حسب **Graziani** وآخرون **(1998)** إلـى وعي الفرد بالمسؤولية الشخصية فـي المشكل، فهي تتضمن حسب **Folkman** و**Lazarus** **(1988)** إعتراف الفرد بدورا فـي المشكلة، وما يصاحب ذلك مـن محاولات من طرفه لتصحيح الأمور. كما تندرج هذا الإستراتيجية ضمن الإستراتيجيات التي تركز عـلى الإنفعال التي تهدف للتعامل مع الإنفعال الذي يصاحب الحدث الضاغط. ويذهب **Seligman** نقلا عن **الحجار** **(1989)** إلى أن الفرد الذي يميل إلى تفسير الأشياء من مدركات داخلية وثابتة هم أكثر الأفراد تعرضا لمرض الإكتئاب عندما تلم به المصائب وتتعرض سبيل حياته الصعوبات والشدائد**.** لا تعكس هذا النتائج مع ما أسفرت عليه نتيجة البحث الحالي، حيث لا يختلف المرضى والعاديين بإسناد المشكل للمسؤولية الشخصية.

* إستراتيجية إعادة التقدير الذاتي:

يتضح مـن عرض النتائج- كما في الجدول **(38)**- وجود إختلاف دال فـي إستعمال إستراتيجية إعادة التقدير الإيجابي بين مجموعتي البحث، فالأفراد العاديين أكثر إستخداما لهذا الإستراتيجة مـن المرضى. وتندرج هذا الإستراتيجية ضمن الإستراتيجيات التي تركز عـلى الإنفعال، وتشير للمجهودات المعرفية لتغيير المعنى الذاتي للتجربة مـن خلال إعادة تقييم الوضعية والإهتمام بالجوانب الإيجابية للحدث **(Dantchev ,1989)**؛ فهي بذلك جهود موجهة لتغيير المعنى المعرفي للحدث للجانب الإيجابي **(Stanton et al ,1994)**؛ كما تهدف هذا الإستراتيجية لضبط الإستجابات الإنفعالية مـن خلال تضخيم الجوانب الإيجابية للحدث وتحويل التهديد إلـى تحدي أو تحويل وضعية خطرة إلى فرصة ذات نفع شخصي **(Paulhan et al, 1994)**. فالنشاط المعرفي الخاص بإعادة تقييم الوضعية من الناحية الإيجابية يبدو فعال فـي تقليص المستوى الإنفعالي شرط أن لا يتعدى الضغط عتبة معينة. وفـي هذا السياق، أشار **Lazarus** نقلا عن **(Folkman & Lazarus,1984)** أن فعالية النشاطات المعرفية في

تخفيف وتقليص التوتر الإنفعالي يتوقف عـلى مستوى الضغط وشدته، وأنه من الصعب تحويل وضعية مهددة لتحدي عندما يتعلق الأمر بالمواقف ذات الضغط العالي، حيث سرعان ما يظهر عجز هذا الإستراتيجيات عن مواجهة تلك الوضعيات الضاغطة.

وتعكس النتائج السابقة ما توصلت إليه نتائج البحث الحالي، فالأشخاص العاديين لديهم مهارات أكبر فـي إعادة تقييم الخبرة الضاغطة المعاشة من خلال الإهتمام بالجوانب الإيجابية للحدث، مما يسمح تقليص التوتر الإنفعالي وتأثير ذلك عـلى مستوى شدة الضغط النفسي، فـي حين يفتقر المرضى لمثل هذا المهارة مما يجعلهم يختبرون توتر وضيق إنفعالي من شدة الضغط النفسي الذي يؤثر بدورا عـلى حالتهم الصحية. كما أن التعرض للمشاكل الصحية وضغوطها تمثل فـي حد ذاتها مصدر ضغط عالي وليس من السهل إعطائها معنى إيجابي، وهذا ما يزيد فـي مستوى معايشة الضغوط مقارنة بأفراد المجموعة العادية.

يتضح مما تقدم أن الفرد لا يقف سلبي وخاضع أمام ما يواجه مـن صعوبات وإحباطات وضغوطات بل يجند مجموعة مـن الإستراتيجيات التوافقية للمواجهة، وإن تنوع هذا الإستراتيجيات، وثرائها أوفقرها ترجع إلـى الدخيرة السلوكية للفرد التي تكتسب من التعلم والتنشئة الاجتماعية، وإن فشلت أساليب الفرد التوافقية فـي مواجهة المواقف الضاغطة قد تجعله عرضة للعديد من المشكلات الصحية أما نجاعتها فهي تعمل عـلى حفظ صحته النفسية والجسدية. وتعكس النتائج السابقة أن أفراد المجموعة العادية أكثر إستعمالا لمجموعة مـن إستراتيجيات المواجهة وتنوعها فهي تتضمن وضع مخططات لحل المشكل بهدف تغيير الوضعية، وقد تمس تقليص الضيق الإنفعالي من خلال إستجابات سلوكية- إنفعالية أو معرفية - إنفعالية مثل إتخاذ مسافة، ضبط الذات، إعادة التقدير الإيجابي، وقد تتضمن الركون إلـى مصادر إجتماعية بهدف البحث عن سند إجتماعي والدعم العاطفي، فـي حين يظهر أن أفراد المجموعة المرضية أقل إستخداما لمثل هذا الإستراتيجيات فهم أكثر إستعمالا لإستراتيجية سلوكية - إنفعالية كالتجنب- التهرب التي تهدف خفض الضيق الإنفعالي الناتجة عن الوضعية الضاغطة مـن خلال الإنسحاب والإبتعاد عن مسرθ الصراع كالنوم وتناول الكحول أوالإفراط فـي التدخين، بالإضافة إلـى فقر الدعم الإجتماعي مقارنة بالعاديين.

وعـليه، قـد تفـشل إستراتيجيات الفـرد التوافقـية فـي مواجهة المواقف الضاغطة، وهذا الفشل مـن شأنه أن يعرض الفـرد إلى أنواع مخـتلفة مـن المشكلات والإضطرابات الصحية **(عويضة، 1996).** وعندما تعجز قدرة الفرد عـلى مواجهة المواقف عن طريق رد فعل تكيفي كاف يؤدي التعرض المستمر للضغط النفسي إلى إضطراب التوازن الداخلي يحدث مزيدا من الخلل فـي الإفرازات الهرمونية

المسببة للإضطرابات العضوية **(عبد الله، 2001)**. وتتفق هذه النتائج مع ما أقره كل من **Denelsky** و**Boat (1986)** إلى أن كفاية وملائمة عمل التسوية في أي وقت يرتكز على التفاعل بين متطلبات المواقف الحياتية وفعالية إستراتيجيات ومهارات المواجهة، فوجود أعراض نفسية أو جسدية تؤدي أوليا وظيفة مؤشرات إنذارية بأن هناك عدم توافق وسوء تسوية بين المواقف الحياتية وإستراتيجيات مواجهة الفرد.

3-2 مناقشة نتائج الفرض السادس.

وتتفق هذه النتائج مع ما أسفرت عليه صحة الفرض السادس للبحث في متغير إستراتسجيات المواجهة حيث يتضح من الجداول رقم 39، 40، 41، 42 وجود فروق جوهرية بين العاديين ومرضى الربو، والسكري، والمدمنين على المخدرات ومحاولي الإنتحار في إستعمال أغلب إستراتيجيات المواجهة. وسيتم فيما يلي عرض أهم هذه الإختلافات وتفسيرها حسب كل إستراتيجية من إستراتيجيات المواجهة المستعملة لدى أفراد عينة البحث.

* إستراتيجية مخططات حل المشكل:

يتضح من عرض النتائج وجود فروق جوهرية بين العاديين ومرضى داء الربو والسكري، والمدمنين على المخدرات ومحاولي الإنتحار في إستعمال هذه الإستراتيجية التي تركز على المشكل، فهي أكثر إستعمالا من طرف العاديين عند مواجهة الوضعيات الضاغطة.

ويشير التراث السيكولوجي في مجال الإنتحار وجود فقر في إستراتيجيات المواجهة التي يمتلكها محاولي الإنتحار، وهذا يمثل بدوره عامل هام في تطور الأزمة الإنتحارية **(La crise suicidaire)** مما يؤثر على قدرة الفرد في حل المشكلات التي يواجهها بالإضافة إلى كفاءته في ضبط عدوانيته. كما لاحظ **Levenson** و**Neuringer (1971)** نقلا عن **فايد (2000)** وجود علاقة بين الإتجاه نحو الإنتحار والقصور في مهارات حل المشكلات، وتشمل هذه الأخيرة حسب **Elliott (1992)** القدرة على البحث عن المعلومات، وتحليل الموقف بغرض تحديد المشكلة، وإقتراح الحلول الممكنة وموازنتها مع تنفيذ الحل المناسب. كما أسفرت دراسة **Yong** و**Clum (1994)** نقلا عن **فايد (2000)** التي أجريت بهدف دراسة التفاعل بين كل من القدرة على حل المشكلات والإكتئاب، واليأس، ومستويات الضغوط في التنبؤ بتصور الإنتحار لدى طلاب الجامعة، بينت النتائج أن الحل غير الفعال للمشكلات قد يؤدي إلى الاكتئاب واليأس الذين يؤديان بدورهما إلى تصور الإنتحار، فالحل الفعال للمشكلات التي نتعرض لها في الحياة اليومية يلعب دورا هاما في التوافق الجيد والسعادة.

وفـي هذا السياق، يضيف **Beck** نقلا عن **(Bobolakis & Secret ,1990)** أن من أهم الخصائص المعرفية التي تميز الأفراد الذين حاولوا الإنتحار مقارنة بأفراد لم يسبق لهم قط إرتكاب هذا السلوك تتمثل أساسا فـي لصلابة التفكير وفعالية أقل فـي حل المشكلات. ويذهب **Lester** نقلا عن **(Pommeraux ,1996)** إلى أن النقص في مهارات حل المشكلات تمثل إستعدادات فردية وعوامل خطر للإنتحار لدى الشباب، وإن اللجوء إلـى السلوك الإنتحاري يأتي بعد سلسلة من السلوكات الأخرى التي تم تجربتها والإخفاق فيها، لذلك يدرك السلوك الإنتحاري كالسبيل الوحيد الممكن، ولذلك أيضا يعتبر الإنتحار إكراها وإنتقام ضد الإحساس بالعجز لتغيير الوضعية الإشكالية، فالهدف منه فـي الغالب تغـيير حياة الفرد مـن وضع حد لها بالـموت الإرادي، فهـو يعـبر عن رغبـة فـي التـغيير. كما إعتبر **Driere La Rochelle** " الإنتحار فعل لهؤلاء الذين ليس بحوزتهم أفعال أخرى للقيام بها"، بينما يؤكد **Lempèriere** بأن الإنتحار يعني فعل التحرر من وضعية حكم عليها بأنها قاسية مؤلمة وبالخصوص أنها غير قابلة للتغيير **(نقلا عن Bloch et al ,1993).**

كما أسفرت دراسة **سهيل كامل (1991)** نقلا عن **أبو زيد (2001)** على ضرورة الإهتمام بظاهرتي الإكتئاب والإنتحار حفاظا على أرواح هؤلاء الذين يرفضون الحياة ويقدمون أنفسهم قربانا لحل مشكلاتهم. كما أشار **Bouchard** نقلا عن **Moscicki (1997)** بأن الشخص يقوم بحل المشكل بوضع قائمة للحلول الممكنة حيث تخضع كل منها للتقييم مـن خلال الحكم عن إمكانية كل منها لإحداث التغيير ومدى فعاليتها فـي تقليص الألم، ويمتلك بعض الأفراد قائمة واسعة مـن الحلول وبإمكانهم تحديد إستراتيجية حل المشكل الأسرع تجاه الموقف، بينما يمتاز الأفراد الآخرين بحلول قليلة ومحدودة ولا تستجيب لحاجاتهم الحالية، وأثناء البحث عن الحل يمكن أن تظهر مـن بين الحلول الممكنة صورة عابرة عن الموت فالعجز عن حل المشكل والإحساس بعدم نجاعة الحلول المقترحة ينتج عنها قلق كبير، فتظهر فكرة الإنتحار بصفة متكررة فيحاصر الفرد اليأس عندها يرى فـي الإنتحار كحل وحيد لمعاناته، والوصول لهذه المرحلة يقوم الفرد بإنجاز مخطط محدد مـن حيث التاريخ، والوقت، والوسيلة والمكان، وحين يصبح الإنتحار الحل النهائي يشعر الفرد بنوع مـن الإنفراج لأنه يملك الآن طريقة تؤدي لوضع حد لمعاناته ويصبح المرور للفعل عـلى وشيك الوقوع خاصة بوجود عامل مفجر يعجل الفعل الإنتحاري، لذلك كثيرا ما يعرف الإنتحار بأنه سلوك يهدف للبحث و إيجاد حل لمشكل وجودي مـن خلال فعل قتل الذات. تتفق نتائج التراث السيكولوجي مع ما أقرته البحث الحالي مـن فقر مهارات حل المشكل لدى فئة محاولي الإنتحار مقارنة بأفراد المجموعة العادية، مما يفسر مـن جهة شدة الضغط النفسي لديهم واللجوء إلى السلوك الإنتحاري.

أما فـي مجال الإدمان على المخدرات وجد كل مـن **Platt** و**Metzger** **(1987)** نقلا عن **طايبي** **(1998)** أن المدمنين على الهيروين يعانون من نقص فـي مهارات حل المشكل التي تمكن الفرد مـن تحديد مشكل ما والتفكير في بدائل لحله ووزن النتائج الممكنة لتلك التصرفات**.**

لم تتفق نتائج البحث الحالي مـن حيث وجود فروق بين العاديين ومرضى الربو فـي إستعمال إستراتيجية مخططات حل المشكل لصالح العاديين، مع نتائج دراسة **Coussongelie** وآخرون **(1998)** التي أسفرت بعدم وجود إختلاف دال بين المجموعتين فـي إستعمال الإستراتيجية التي تركز عـلى المشكل.

* إستراتيجية التجنب- التهرب:

يتضح من عرض النتائج (كما هو موضح في الجداول **39، 40، 41، 42)** وجود فروق جوهرية فـي إستعمال إستراتيجية التجنب- التهرب بين العاديين ومرضى الربو والمدمنين على المخدرات، فـي حين لم تسفر النتائج وجود إختلاف دال فـي إستعمال هذا الإستراتيجية بين العاديين ومرضى السكري ومحاولي الإنتحار.

وقد أشارت الدراسات السابقة في مجال الإدمان على المخدرات أن من بين العوامل الشخصية التي تؤدي إلى التعاطي عدم القدرة على تحمل الإحباطات والفشل، والميل إلـى السلبية والسلوك الإنسـحابي، والهروب مـن الواقع ومـواجهة الضغوط مع الشعور بالقلق والتوتر والضعف (**عبد اللطيف، 1999).** كما أكدت **عفاف عبد المنعم (1999)** أن المدمن له طبيعة إنسحابية وتعامل سلبي مع الواقع الذي يعيش فيه وعدم القدرة على تحمل المشاكل والمواقف الضاغطة فيستخدم المخدر كوسيلة تكيفية بدلا من إقتحام الواقع والتكيف معه**.** من أجل ذلك، إعتبرت المخدرات كطريقة لنسيان ما يعانيه الفرد مـن الهموم والمشاكل وصعوبات الحياة **(عباري، 1999).** وفـي نفس السياق، يضيف **Billing** و**Moos** **(1982)** نقلا عن **عطية(2002)** بأن المراهق يختار الهروب من المواقف الضاغطة بإستخدام المخدرات كطريق في الإسترخاء أو التدخين وقد يستخدم التجنب أو الإنفعال، فالتجنب يتضمن تقييم معرفي سلبي تشاؤمي وسلوك إبتعادي**.** أما فـي مجال الإنتحار، أشار **Kacha** **(2001)** و**Bloch** وآخرون **(1993)** أن مـن وظائف الإنتحار الهروب والتجنب، حيث يحاول المنتحر الهروب مـن وضعية غير مقبولة أو أليمة جدا أو مـن وضعية صعبة تبدو بدون حل ومخرج.

تتفق نتائج البحث الحالي حول إستعمال إستراتيجية تجنب- تهرب بين العاديين ومرضى الربو لصالح الفئة الثانية، مع ما أظهرته نتائج دراسة **Parker** و**Endler** **(1998)** أن مـن بين إستراتيجيات المواجهة المستعملة من طرف مرضى الربو الإستراتيجيات الإنفعالية وأكثرها تواترا التجنب. وتتفق أيضا مع دراسة **Coussongelie** وآخرون **(1998)** التي هدفت التعرف على أنواع إستراتيجيات المواجهة الأكثر إستعمالا من طرف مرضى الربو مقارنة بالعاديين عند مواجهة الوضعيات الضاغطة، فأبرزت نتائجها أن مرضى الربو أكثر إستعمالا للإستراتيجية التي تركز على الإنفعال، حيث عادة ما يستجيبون بالتجنب وضبط التوتر الإنفعالي الناتج عن الوضعية الضاغطة. ويضيف **Turnbull** نقلا عن **(Haynel & Pasini ,1998)** أن النوبة الربوية هي إستجابة تجنب لما يتبعها من إنخفاض للقلق، ويؤكد **Wolpe** أن ما دامت النوبات الربوية تبدو كإستجابات إشراطية للقلق أو لمولد حساسية معين أو لتجنب وضعية ما، إذا يمكننا اللجوء إلـى تقنية إزالة حساسية العميل للمنبهات الإشراطية التي أحدثت النوبة. ولقد أثبتت عدة دراسات أن الإستراتيجية التجنبية تعمل ضد الفرد وتوافقه وصحته.

* إستراتيجية البحث عن سند اجتماعي:

أسفرت نتائج الدراسة الحالية وجود إختلافات دالة فـي إستعمال إستراتيجية البحث عن سند إجتماعي بين العاديين ومرضى السكري، والمدمنين عـلى المخدرات ومحاولي الإنتحار لصالح الفئة الأولى، في حين لم تسفر النتائج وجود فرق دال بين العاديين ومرضى الربو في إستعمال هذا الإستراتيجية عند مواجهة الضغوط. تؤكد هذا النتائج أهمية إستراتيجية المساندة الإجتماعية، فهي حسب **Sarason** نقلا عن **فايد (2000)** تعبر عن مدى وجود أو توافر أشخاص يمكن للفرد أن يثق فيهم ويعتقد أنهم فـي وسعهم أن يعتنوا به ويحبوا ويقفوا بجانبه عند الحاجة وفـي أوقات الضيق، لذلك يعتبر الدعم الإجتماعي متغير وسيط بين الضغوط والصحة.

وتشير نتائج كثير من البحوث إلـى أن أسوأ أنواع الضغوط وأكثرها إرتباطا بالتوتر والإضطراب النفسي هي تلك التي تحدث للفرد المنعزل، والذي يفتقد المساندة الوجدانية، ويفتقد الصلات والدعم الإجتماعي والمؤازة، وبعبارة أخرى فالحياة مع الجماعة، والإنتماء لمجموعة مـن الأصدقاء أو لشبكة مـن العلاقات الإجتماعية والأسرية تعتبر مـن المصادر الرئيسية التي تجعل للحياة معنى، ومـن ثم توجهنا في عمومها للصحة والكفاءة والرضا وتحملنا فـي نفس الوقت مقاومة الضغوط وتحملها **(عبد السلام، 2000)**. كذلك يورد لنا " **عزات عبد الحميد حسن**" و**Brownell** و**Shumaker (1984)** نقلا عن **إسماعيل (2004)** عدة وظائف للمساندة الإجتماعية، منها وظائف مساندة الصحة مـن خلال تعزيز وتقوية سعادة المتلقي أي تقوية الصحة الشاملة للجسم والعقل وإشباع حاجات الإنتماء،

والمحافظة عـلى الهوية الذاتية وتقويتها وتقوية تقدير الذات، ووظائف تخفيف الضغط وتشمل التقييم المعرفي والمواجهة. وعليه، تعد المساندة الإجتماعية بذلك متغيرا هاما فـي الوقاية وتنمية الصحة بجوانبها النفسية والعضوية، حيث أثبتت دراسات علمية وطبية وبائية وحديثة الفوائد الصحية الوقائية للمساندة الإجتماعية عـلى صحة وسلام العقل والجسم، فقد أشار **Kiercolt-Glaser** وآخرون **(1994)** نقلا عن **يخلاج (2001)** فـي هذا الشأن أن الأشخاص الذين لا يقيمون علاقات إجتماعية طيبة مع الآخرين ولا يتلقون مساندة إجتماعية هم عرضة أكثر مـن غيرهم للإصابة بإضطرابات فسيولوجية ومشكلات صحية مزمنة.

ويزخر التراث السيكولوجي بالعديد مـن الدراسات التي بينت دور الروابط الإجتماعية والمساندة العاطفية فـي الحفاظ على الصحة والوقاية من المرض. ففـي دراسة أجراها **Cohen** وآخرون **(1997)** نقلا عن **يخلاج (2001)** عن قوة تأثير المساندة الإجتماعية فـي تعزيز الإستجابة المناعية وتضمنت عينة مـن 276 فردا صحيا تراوحت اعمارهم بين 18 و55 سنة تعرضوا لفيروس البرد **(Rhinovirus)** وفقا لإجراءات تجريبية وإكلينيكية دقيقة، وجد الباحثون أن 40% مـن الذين تعرضوا للفيروس أصيبوا بنزلة برد وكانت أغلبيتهم مـن الأفراد الذين ليس لديهم علاقات إجتماعية وثيقة، حيث وجد أن الأفراد الذين يعتمدون على شبكة من العلاقات الحميمة مع أفراد الأسرة والأصدقاء المقربين لهم ويتلقون مساندة إجتماعية وعاطفية جيدة كانوا أقل عرضة للإصابة بالعدوى أكثر بكثير من غيرهم الذين يفتقرون إلـى روابط إجتماعية وثقة ولا يتلقون مساندة إجتماعية جيدة. كما أسفرت نتائج دراسة كل مـن **Brownell** و**Dooley** **(1986)** نقلا عن **عبد السلام** (**2005**)عن وجود علاقة إرتباطية بين زيادة أعباء الأحداث الحياة الضاغطة، وإنخفاض مستوى المساندة الإجتماعية وزيادة الأعراض الإكتئابية. وتتفق نتائج دراسة **Katherin**و **ovell** **(2000)** مع نتائج دراسة **Julie beth** **(1999)** نقلا عن **عبد السلام** (**2005**) فـي وجود علاقة إرتباطية دالة بين إنخفاض مستويات المساندة الإجتماعية وظهور إضطرابات فـي الشخصية ووجود مستويات عالية من الأعراض الإكتئابية. وفـي مجال الإنتحار، إتفقت نتائج البحث الحالي مع ما أوضحته الدراسات السابقة، فقد أظهر **De-Wilde** وآخرون **(1994)** نقلا عن **فايد (2000)** أن المراهقين مرتفعي الإكتئاب مـن محاولي الإنتحار قد صرحوا وقرروا إنخفاضا في حجم الدعم الإجتماعي مـن الأسرة وشدة ضغوط الحـياة. كمـا أشار **Kacha** **(1996)** من عـوامل الخـطر للإنـتحار وجـود علاقات فقـيرة مع المحيط وقـدرات إتـصال ضعيفة. وتتفق هذا النتائج مع ما توصلت إليه دراسة كل مـن **Slater** و**Depue** **(1981)** نقلا عن **عبد السلام** **(2005)**عن دور أحداث الحياة الضاغطة وإنخفاض مستوى المساندة الإجتماعية فـي حدوث محاولات الإنتحار لدى مجموعة من المرضى المصابين بحالات إكتئاب حاد.

ويؤكد **House** وآخرون **(1988)** نقلا عن **Westen(2000)** بأن عدد العلاقات الإجتماعية ودرجة الجوار والإندماج التي يشعر بها الفرد تجاه الآخرين تعتبر منبئات قوية للوفاة، كما أن وجود علاقات إجتماعية إيجابية ودعم إجتماعي تعزز الصحة النفسية والجسدية لأنها تكون فرصة تسمح للفرد التعبير عن الإنفعالات.كما تتفق هذه النتيجة مع الأعمال الأولى " **لدوركايم** " حيث وجد أن الحالات الإنتحارية تزداد وفقا لتلاشي العلاقات والإرتباطات العائلية والعزلة الإجتماعية، وتعتبر سببا للعديد مـن الحالات الإنتحارية، ويرى البعض الآخر أن مـن وظائـف الإنتحار أن يكون نداء مساعدة و نوع مـن رسالة يائسة موجهة لمحيط غير مبالي وعدواني **(نقلا عن Bloch et al,1993).** إضافة إلـى ذلك، أشارت أعمال **Trovato (1992)** و**Sakinofsky** وآخرون **(1985)** نقلا عن **Moscicki(1997)** بأن العزلة الإجتماعية والوجدانية للفرد وضعف الإندماج الإجتماعي وفقر القدرات العائلية لمساعدة الشباب المقدم عـلى الإنتحار تمثل عوامل نفسية إجتماعية لخطر الإنتحار**.** ويمكن إرجاع الفقر فـي الدعم الإجتماعي لأفراد المجموعة المرضية للبحث الحالي لوجود علاقات صراعية مع المحيط، حيث أن أكثر مصادر الضغط لدى فئة محاولي الإنتحار المشاكل العائلية، والزوجية والعاطفية وتعتبر الأسرة والأصدقاء أهم مصادر الدعم الإجتماعي للفرد.

وتتفق أيضا هذه النتائج مع ما أسفر عليه البحث الحالي حيث يظهر المدمنون عـلى المخدرات مستوى منخفض من المساندة الإجتماعية مقارنة بالعاديين. وفـي هذا الصدد، يشير كل من **Richman** وآخرون **(1998)** نقلا عن **عبد السلام (2005)** أن إنخفاض مستوى المساندة الإجتماعية من أفراد الأسرة، ومن فريق العمل بالمدرسة يؤدي إلـى الكثير من المشكلات السلوكية لدى طلاب المرحلة الثانوية والتي تتمثل فـي الجناح، وإدمان المخدرات، ومرافقة جماعة الأقران المنحرفين، وقد يؤدي أيضا إلى الكثير من المشكلات التعليمية منها الهروب مـن المدرسة وتذبذب مستوى التحصيل الدراسي.

وفي مجال دراسة الفروق بين بين العاديين ومرضى الربو فـي إستعمال إستراتيجية البحث عن سند إجتماعي مقارنة بالمجموعات المرضية الأخرى، أسفرت نتيجة البحت الحالي عدم وجود إختلاف بين المجموعتين فـي إستعمال هذه الإستراتيجية، ويمكن إرجاع ذلك إلـى أن هناك سمات شخصية تميز مرضى الحساسية والربو تجعلهم بحاجة إلى الآخرين ومساندتهم. فقد ذكر **Marty (1958)** فـي مقاله "علاقة موضوع الحساسي" أن مريض الحساسية لديه رغبة وحيدة هي التقرب ما إستطاع من موضوع إلـى أن يمتزج معه، فهو تقمص عميق للشخص تجاه موضوعه. ويضيف **Kreisler (1987)** أن من أهم سمات الشخصية مريض الربو والحساسية الرغبة الشديدة والدائمة للتعلق بالآخرين، وهذا ما يفسر شدة الإحتياجات العاطفية والنقص في الإستقلالية، بالإضافة إلى التغير السريع من موضوع تعلق

للآخر والألفة المفرطة والدخول المباشر للإتصال بالآخر دون تحفظ لدرجة تجنب المواقف الصراعية مع الآخـرين وإلغاء الفـرد لعدوانيته. كمـا يرى **Albey** نقـلا عـن **(Kourilsky et al ,1970)** أن مريض الربو والحساسية يشعر بالإطمئنان عندما يكون عـلى علاقة بموضوع واق سواء كان شخص ما أو وضعية معينة.

وقد أشار **Caplain** نقلا عن **عبد السلام (2005)** إلى أهمية المساندة الإجتماعية فـي تخفيف الضغوط البيئية التي يتعرض لها الفرد فـي حياته اليومية، ويتم ذلك من خلال ثلاثة مجموعات مـن الأنشطة وهي:

- مساعدة الفرد عـلى تعبئة طاقاته النفسية لحل المشكلات التي يتعرض لها.
- المساهمة فـي المهام المطلوبة من الفرد.
- تزويد الفرد بالموارد المادية، والمهارات المتعددة، ومقومات التوجيه والإرشاد حتى يواجه أحداث الحياة الضاغطة، وتدعيمه بإستراتيجيات المساندة الإجتماعية الملائمة للموقف الذي يتعرض له لحمايته مـن الأثار النفسية السلبية.

أما فيما يخص إستعمال إستراتيجيات المواجهة الأخرى بين العاديين ومرضى الربو، والسكّري، والمدمنين على المخدرات ومحاولي الإنتحار قد سبق مناقشتها وتفسيرها. ونستخلص مما تقدم أن مواجهة الفرد تكون موفقة عندما يتمكن من تغيير الظروف البيئية المهددة، وإعادة التوازن الإنفعالي بعد الضيق والقلق، وذلك بالحفاظ على صورة إيجابية للذات والإستمرار في العلاقات الإجتماعية المرضية مع الآخرين. وفي هذا الصدد، يشير **Cohen** و**Lazarus** نقلا عن **(Bootzin et al,1986)** بأن الإستراتيجية الناجحة ترتبط بالتوافق وقدرات حـل المشـكل والضبط الذاتي للإنفعال. ويضيف **الخالدي (2002)** أن مـن سمات الشخص ذو الدرجة المرتفعة من الصحة النفسية القدرة عـلى مواجهة مطالب الحياة وضغوطها والتغلب على أزماتها.

يتضح من عرض ومناقشة النتائج السابقة وما اقرإ التراث السيكولوجي إلـى أهمية دراسة كل مـن سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة كمتغيرات وسيطة ومعدلة للعلاقة بين الضغوط النفسية والصحة النفسية والجسدية للفرد، فقد أسفرت الدراسة الحالية أن افراد المجموعة العادية يتسمون بتقدير ذات مرتفع، وفعالية عالية للذات ودرجة منخفضة فـي سمة القلق، كما أنهم يتميزون بتنوع ذخيرة إستراتيجيات مواجهة الضغوط (مواجهة سلوكية، ومعرفية، وإنفعالية ودعم إجتماعي) وفاعليتها فـي الحفاظ على التوافق النفسي والإجتماعي وباتالي الحفاظ عـلى الصحة النفسية والجسدية. وعلى هذا الأساس، إهتم البحث الحالي بدراسة الإرتباطات بين الضغط النفسي وكل مـن سمات الشخصية

وإستراتيجيات المواجهة لدى العاديين والمرضى على حد سواء، وستقوم الباحثة الحالية بعرضها ومناقشتها في ضوء ما أسفرت عليه الدراسات السابقة في هذا المجال.

4- علاقة الضغط النفسي بسمات الشخصية

* مناقشة نتائج الفرض السابع

أسفر نتائج هذا الفرض - كما هو واضح فـي الجدولين رقم **44ـ 45**– عن وجود إرتباط دال إحصائيا عند مستوى 0.01 بين الضغط النفسي وسمات الشخصية لدى عينة البحث الحالي، حيث جاء الإرتباط سالب ودال إحصائيا (0.01) بين الضغط النفسي وكل مـن تقدير الذات، وفعالية الذات لدى العاديين والمرضى، أي كلما إنخفض الشعور بتقدير الذات، وفعالية الذات يزداد الشعور بالضغط النفسي، كما جاء الإرتباط موجب ودال إحصائيا (0.01) بين الضغط النفسي وسمة القلق لدى العاديين والمرضى عـلى حد سواء ويشير ذلك أنه كلما كانت درجة سمة القلق مرتفعة كلما إرتفع الشعور بالضغط النفسي، وينخفض الشعور بالضغط كلما إنخفضت درجة سمة القلق.

وبناء على ما سبق، يتضح أن لسمات الشخصية كتقدير الذات، وفعالية الذات وسمة القلق دور فـي تعديل درجة الشعور بالضغط النفسي. وفي هذا الصدد، أشارت العديد من الدراسات السابقة الأهمية الصحية للشخصية، إذ أنها تلغي المثيرات الضاغطة وتخلص الفرد مـن عواقب نفسية وجسمية مؤكدة **(يخلفـ 2001).** و يؤكد كل من **Runyon** و**Harber** **(1984)** نقلا عن **عبد السلام (1997)** على وجود عدة متغيرات تخفف مـن آثار الضغوط لدى الناس منها سمات الشخصية. كما تتفق نتائج البحث الحالي مع نتائج الدراسات السابقة حول إرتباط الضغط النفسي ببعض سمات الشخصية مـن تقدير الذات، وفعالية الذات وسمة القلق، وسيتم التفصيل فيها لاحقا.

4-1 علاقة الضغط النفسي بتقدير الذات

يقوم مفهوم تقدير الذات بدورالمتغير الوسيط الذي يعدل ويخفف من التأثيرات السلبية للظروف الضاغطة، كما جاء الإرتباط سالب ودال بين الضغط النفسي وتقدير الذات لدى العاديين والمرضى في البحث الحالي، فكلما إرتفع تقدير الذات إنخفض الشعور بالضغط النفسي. فقد أبرزت النتائج بأن المرضى أقل تقديرا للذات ويختبرون شدة ضغط أكبر مـن العاديين، وبالتالي يمكن تفسير معايشة أفراد المجموعة العادية لشدة الضغط أقل من المرضى لمستوى تقدير الذات المرتفع لدى هذه الفئة، فهم أكثر تقبلا لذواتهم وأكثر إدراكا لقدراتهم فـي مواجهة الصعوبات، وبالثقة بالنفس ويستطيعون التحكم فيما يحدث لهم.

وتتفق هذا النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة، فقد وضح "Coopersmith" (1984) بأن الأشخاص ذوي التقدير المنخفض للذات أقل قدرة على تحمل الضغوطات، بينما ذوي التقدير العالي للذات لديهم فكرة قاطعة عن قدراتهم. لذلك، تعتبر سمات الشخصية مثل تقدير الذات أو إحتقارها حواجز فعالة تجاه نتائج الضغوطات الحياتية، وتمثل موارد شخصية يوظفها الفرد عند مواجهة التهديدات التي تفرضها الأحداث البيئية (نقلا عن Pearlin & Schoder و 1978). ويقر كل من Appelberg (1996) وShort (1999) نقلا عن **شريع** (2002) بأن إرتفاع وإنخفاض الشعور بالضغط النفسي يحدد بجزء منه بتقدير الذات، لذلك فإن الأفراد منخفضي تقدير الذات يدركون الضغط النفسي بشكل أكبر من الأفراد مرتفعي تـقدير الذات. ويفسر "Fleishman " نقلا عن (Terry ,1994) ذلك أن ذوي التقدير العالي للذات لديهم إستعداد للشعور بالثقة في قدراتهم على مواجهة المشكلات والتغلب عليها. كـما تتفق هذا النتائج مع مـا خلصت إليه دراسات Menughan و Mosshoder، Cronkite وMoos وآخرون نقلا عن (Jalajas, 1994) بأن تقدير الذات يلعب دور المقاومة فـي عملية الضغط، فهناك إرتباط بين تقدير الذات والضغوطات، ذلك أنه من المتوقع أن الأشخاص منخفضي تقدير الذات يعانون من مستويات عالية مـن الضغوطات مقارنة بذوي تقدير الذات المرتفع.

وفي السياق نفسه، أسفرت دراسة " **رضا أبو سريع**" (1994) نقلا عن **عبد المختار**(2004) عن مصادر ومستويات الضغط فـي علاقتها بتقدير الذات، بلغ قوام العينة 675 طالب طبق عليهم قائمة مصادر الضغوط الأكاديمية والضغوط الحياتية ومقياس تقدير الذات، توصلت النتائج إلى وجود علاقة سالبة بين تقدير الذات وكل من مصادر الضغوط الأكاديمية والحياتية، كما أن الطلاب ذوي التقدير المرتفع للذات ليس لديهم ضغوط حياتية وأكاديمية. كما لاحظ كل من Prout وProut (1996) نقلا عن **فرا** (2004) من مراجعتهما لعشرين دراسة مختلفة عن العلاقة بين أنواع متعددة من ضغوط الحياة ومفهوم الذات، أن 65 % من هذا الدراسات تشير إلى علاقة سالبة بين المفهوم العام للذات والأحداث الضاغطة، كما لاحظا أنه كلما زادت حدة الضغوط، كلما كان تأثيرها أكبر في تدهور مفهوم الذات.

وفي ضوء ما سبق، يرى كل من Korman و Cohen نقلا عن Khadivi(1979) بأن الأفراد الذين يتميزون بتقدير مرتفع للذات أقل تأثيرا بالمؤثرات والأحداث الخارجية. كما وجد أن الأشخاص ذوو تقدير الذات المرتفع يتمتعون بالتحدي عند الشدائد، فالتقدير المرتفع للذات يأتي غالبا من القدرة على فعل أشياء بطريقة أحسن من معظم الأفراد الآخرين (نقلا عن أبو زيد و 1987). ويضيف " Rosenberg " نقلا عن **جبريل** (1983) أن تقدير الذات المرتفع يعني أن الفرد يحترم نفسه ويعتبر أنه ذو جدارة.

بينما يؤكد " **Coopersmith** " نقلا عن **أبو زيد (1987)** أن ذوو التقدير السلبي للذات لا يستطيعون التحكم فيما يحدث لهم ويتوقعون سيء الأمور. وفي نفس السياق، لقد أظهرت نتائج دراسة **Giovannini** وآخرون **(1986)** بأن الأفراد الذين لديهم تقدير منخفض للذات يمكن لهم تقدير العديد من المواقف كأحداث ضاغطة، مما يجعلهم يشعرون بالعجز على مواجهتها مما يزيد من القلق والاكتئاب، بينما يلجأ البعض إلى شرب الكحول أو التدخين بإفراط. كما أظهرت دراسات كل من **Varni** و**Holahan, Moos** و**Cronkite** وآخرون نقلا عن **(Varni ,1989 et al)** بأن مميزات الشخصية مثل تقدير الذات والثقة بالنفس تتوسط العلاقة بين الضغط والأعراض النفسية.

نستخلص مما تقدم أن الشخص الذي يتمتع بإحساس عال لتقدير الذات يتسم بالجدارة والكفاءة والإنجاز في العمل والثقة بالنفس في أداء الأنشطة المختلفة، بالإضافة إلى القدرة على التوافق مع الضغوط ومجابهة الإحباط ومقاومة الضغط.

2-4 علاقة الضغط النفسي بفعالية الذات

يقوم مفهوم فعالية الذات بدورالمتغير الوسيط الذي يعدل ويخفف من التأثيرات السلبية للظروف الضاغطة، كما جاء الإرتباط سالب ودال بين الضغط النفسي وفعالية الذات لـدى العاديين والمرضى في البحث الحالي، فكلما إرتفع الشعور بفعالية الذات إنخفض الضغط النفسي، فقد أبرزت النتائج بأن المرضى أقل شعورا بفعالية للذات ويختبرون شدة ضغط أكبر من العاديين، وبالتالي يمكن تفسير معايشة أفراد المجموعة العادية لشدة ضغط أقل من المرضى للمستوى المرتفع لفعالية الذات لدى هذا الفئة، فهم أكثر إدراكا لقدراتهم في مواجهة الصعوبات وبالثقة بالنفس ويستطيعون التحكم فيما يحدث لهم.

في هذا السياق، أظهرت دراسات **Maddi** و**Kobasa** و**Bandura** وآخرون نقلا عن**(Lazarus،1993)** بأن سمات الشخصية مثل التفكير البناء، والإحساس بالأمل والإنسجام وفعالية الذات تساعد بعض الأفراد عـلى سهولة التوافق ومواجهة الآثار الضارة للضغط النفسي بصفة أفضل من الآخرين. كما أشار **Shwarzer (1999)** نقلا عن **شريح (2002)** بأن فعالية الذات والمعتقدات المتفائلة حول القدرة على المواجهة الإيجابية مع عوامل الضغط المتنوعة قد إرتبطت إيجابيا مع التخفيف من الضغط النفسي.

يتضح من نتائج مختلف هذا الدراسات أن فعالية الذات تعتبر من أهم الميكانيزمات الشخصية لدى الأفراد فهي تساعد على مواجهة الضغوط، وتفسير ذلك أن ذوي الدرجة العالية من الفعالية الذاتية يواجهون المواقف الضاغطة بدرجة منخفضة من الإستثارة الفسيولوجية (مستوى أقل من الأدرينالين في

الدم)، وبذلك يظل هؤلاء في حالة هادئة نسبيا عند مواجهة الأزمات المصاحبة لهذا المواقف **(عسكر، 2000)**.

ويضيف **Bandura** نقلا عن **عبد الرحمن(1998)** بأن درجة الفعالية تحدد السلوك المتوقع الذي يقوم به الفرد في مواجهة المشكلات التي تواجهه، كما تحدد كمية الطاقة المبذولة للتغلب على المشكلات. فالذين يتمتعون بفعالية ذات مرتفعة يعتقدون أنهم يقدرون على عمل شيء لتغيير وقائع البيئة، ويزيد ذلك دافعيتهم لتحقيق الأهداف التي يرسمونها، وزاد إصرارهم على تخطي ما يقابلهم من عوائق. وعندما يواجه الأفراد الذين لديهم شكوك في مقدرتهم الذاتية وفعاليتهم فإنهم يقللون من مجهوداتهم في السيطرة على مواقف الصراع. كما يؤكد نفس الباحث أن الأحكام الذاتية في تقويم القدرات لها قدرة تنبؤية دقيقة تـدل على مقدار البعد الذي يذهب به الفرد في التعامل مع الموقف، فعندها ينظر الناس إلـى أنفسهم نظرة إقتدار وعزم وثقة كبيرة بالنفس، فإنهم يبرهنون على هذا الإقتـدار بالفعل والعمل لأنهم يعتقدون أن في إستطاعتهم السيطرة عـلى الأشياء التي تخيفهم **(الحجار، 1989)**.

تؤكد هذا النتائج ما ذهب إليه **Rutter** بأن تقدير وفعالية الذات عاملان واقيان يساعدان الفرد على مواجهة الأحداث الضاغطة ويخففان من الآثار المترتبة على التعرض لها، ويمكن تفسير ذلك بأن التقدير المرتفع للذات يمنح للفرد الثقة بالنفس، الشعور بالكفاءة مع الإحساس بالقدرة على فعل أشياء بطريقة أحسن من الآخرين، كما أنهم يشعرون بالقدرة على التحكم فيما يحدث لهم، مما يسمح لهم بتوظيف قدراتهم للتعرف على الأحداث وحل المشكلات، ومن هنا ينبع الإحساس بالفعالية الذاتية والمعتقدات المتفائلة حول القدرة على المواجهة الإيجابية مع عوامل الضغط المختلفة والتخفيف من شدته وآثارا على الصحة. كما أشار **Fleishman** بأن الأفراد ذوي مستوى عال من تقدير وفعالية الذات لديهم إستعداد للشعور بالثقة في قدراتهم على مواجهة المشكلات والتغلب عليها.

4-3 علاقة الضغط النفسي بسمة القلق

إن الشعور بسمة قلق مرتفعة تعمل على زيادة التأثيرات السلبية للظروف الضاغطة على الفرد، فقد جاء الإرتباط موجب ودال بين الضغط النفسي وسمة القلق لدى العاديين والمرضى في البحث الحالي، فكلما إرتفعت درجة سمة القلق كلما زاد شعور الفرد بالضغط النفسي، فقد أبرزت النتائج بأن المرضى الذين يتسمون بسمة قلق مرتفعة يختبرون شدة ضغط أكبر، وبالتالي يمكن تفسير معايشة أفراد المجموعة العادية لشدة الضغط أقل مـن المرضى للمستوى المنخفض لسمة القلق لدى هذا الفئة.

وفي هذا السياق، أظهرت **Levenstein** وآخرون **(1993)** وجود إرتباط قوي بين مقياس إدراك الضغط ومقياس سمة القلق يقدر بـ 0,69. كما كشفت دراسة "**Cho**" **(1988)** نقلا عن **سالم ونجيب**

(2002) لدى الطلاب الأجانب عن وجود إرتباط بين الضغوط النفسية وسمة القلق. وفـي دراسات كل من **Lamb** و**Hodges** و**Felling** نقلا عن **(البحيري، 1984)** حـول حالة القلق تحت ظروف ضاغطة

مختلفة، وجدوا أن حالة القلق ترتفع لدى الأفراد ذوي سمة القلق العالية مقارنة بذوي سمة القلق المنخفضة. وتفسير ذلك، أن الأشخاص ذوو الدرجة المرتفعة في سمة القلق قابلون لإدراك العالم على أنه خطر ومهدد أكثر من ذوي الدرجة المنخفضة، كما أنهم أكثر تأثيرا بالمواقف العصبية الضاغطة وأكثر تعرضا للشدات النفسية والقلق من الأشخاص الذين يتميزون بدرجة منخفضة منها **(عبد الله، 2001)**. ويضيف كل من **غالي وأبو علام (1973)** بأن الأشخاص ذوي الدرجات العالية في سمة القلق يستجيبون بمستوى أعلى من القلق في المواقف التي تتميز بالضغوط، فلو حصل فرد ما على درجة عالية في القلق فإنه ينزع بوجه عام إلى الإستجابة بالقلق للمواقف الضاغطة أكثر من غيرها من الناس، ويتوقف ذلك على مدى تفسيرها للموقف إذا كان خطرا مهددا أم لا، لذلك نجد الأشخاص الذين يتميزون بدرجة عالية من سمة القلق يتميزون بحالة من القلق معظم الوقت.

5- علاقة الضغط النفسي بإستراتيجيات المواجهة

* مناقشة نتائج الفرض الثامن.

يتضح من عرض النتائج المبينة في الجدوليين رقم **46** و **47** وجود إرتباط سالب ودال بين الشعور بالضغط النفسي وإستخدام بعض إستراتيجيات المواجهة لدى العاديين (إستراتيجية مخططات حل المشكل) والمرضى (إستراتيجيات مخططات حل المشكل، وإتخاذ مسافة، وضبط الذات، والبحث عن سند إجتماعي وإعادة التقييم الإيجابي)، كما جاء الإرتباط موجب ودال بين الضغط النفسي وإستراتيجية تجنب - تهرب لدى العاديين والمرضى على حد سواء، في حين لم تسفر النتائج وجود إرتباط دال بين الشعور بالضغط النفسي وإستخدام بعض إستراتيجيات المواجهة مـن تصدي وتحمل المسؤولية لدى أفراد عينة البحث الحالي. وستقوم الباحثة الحالية بتفسير الإرتباطات الدالة لنتائج الفرض الثامن ومناقشتها في ضوء ما أسفرت عليه الدراسات السابقة في هذا المجال.

5-1 علاقة الضغط النفسي بإستراتيجية مخططات حل المشكل.

يتضح مما تقدم وجود إرتباط سالب ودال بين الشعور بالضغط النفسي وإستخدام إستراتيجية مخططات حل المشكل لدى العاديين والمرضى، فكلما إنخفض إستخدام هذه الإستراتيجية إرتفع الشعور بالضغط النفسي، وينخفض الشعور بهذا الضغط كلما زاد إستخدام هذه الإستراتيجية. تتفق هذه النتيجة مع ما أسفرت عليه نتائج الفرض الأول والخامس للبحث الحالي، حيث يظهر المرضى شعورا أكبر بالضغط النفسي وإستخدام أقل لإستراتيجية مخططات حل المشكل مقارنة بالعاديين الذين يميلون إلى

إستخدام هذا الإستراتيجية بصفة أكبر عند مواجهة الضغوط، مما يجعلهم يشعرون بضغط نفسي أقل. يمكن تفسير ذلك، على أن الكيفية التي يواجه بها الفـ رد الضغوط تـ رتبط بسمات شخصيته.

في السياق نفسه، أشار **Carver** وآخرون **(1994)** أن الطرق المفضلة للمواجهة تنبع من أبعاد الشخصية. ويضيف كل من **Mc care** و**Costa(1990)** نقلا عن **يوسع(2000)** إلى أن متغيرات الشخصية أساسية في تحديد كيفية إدراك الناس للضغوط وفي تحديد إستراتيجيات المواجهة التي يتبنوها. فالمواجهة التوافقية للضغوط حسب **Medvedova (1995)** نقلا عن **الأمال (2002)** ترتبط بالمتغيرات الشخصية.

يتضح من الدراسة الحالية أن المرضى يتسمون بسمات شخصية سلبية من التقدير الواطئ للذات، ومستوى منخفض من الفعالية الذاتية، ودرجة عالية من سمة القلق، وأنهم أقل إستخداما من العاديين لإستراتيجية مخططات حل المشكل وأكثر شعورا بالضغط النفسي، وعلى خلاف أفراد المجموعة العادية الذين تميزوا بتقدير وفعالية ذات عالية، ومستوى منخفض من سمة القلق، وأنهم أكثر إستخداما لإستراتيجية مخططات حل المشكل عند مواجهة الضغوط مما يجعلهم أقل إدراكا لها ويتمتعون بصحة نفسية وجسدية. كما تندرج هذا الإستراتيجية ضمن المواجهة التي تركز على المشكل، فهي بذلك مجهودات مدروسة تهدف لتغيير الوضعية بوضع مخططات عمل وتصرف لإيجاد الحلول لتغيير الموقف بما يتناسب مع صحة الفرد، فالقدرة على حل المشكل ومواجهته تجعل الفرد يشعر بضغط أقل. ويؤكد **Lazarus** أن مثل هذا الإستراتيجية على إرتباط إيجابي بالصحة النفسية.

2-5 علاقة الضغط النفسي بالستراتيجية تجنب- تهرب

يتضح من عرض النتائج وجود إرتباط موجب ودال بين الشعور بالضغط النفسي وإستخدام إستراتيجية تجنب– تهرب لدى العاديين والمرضى على حد سواء، فكلما إرتفع إستخدام هذا الإستراتيجية كلما زاد الشعور بالضغط النفسي، كما ينخفض الشعور بهذا الضغط كلما قل إستخدام هذا الإستراتيجية التجنبية. تتفق هذا النتائج أيضا مع ما أسفر عليه الفرض الأول والخامس للبحث الحالي، فالمرضى أكثر شعورا بالضغط النفسي من العاديين، كما أنهم أكثر إستخداما للإستراتيجية التجنبية. وتندرج هذا الإستراتيجية ضمن المواجهة التي تركز على الإنفعال، فهي تشير إلى المجهودات السلوكية للتهرب من المشكل، والسلبية والإستسلام، كما ترتبط بتسوية سيئة للضغط وسوء الصحة. ويؤكد **Martinez** وآخرون **(1988)** نقلا عن **شعبان(1992)** إلى إرتباط أساليب المواجهة الفعالة المتمركزة حول المشكلة بالتوافق الحسن وبالشخصية السوية، بينما ترتبط أساليب المواجهة الإحجامية والإنسحابية غير الفعالة بسوء التوافق والشخصية المضطربة. ويمكن تفسير هذا النسق من الإرتباط في ضوء فكرة مؤداها أن كلما إزدادت المفاهيم الإيجابية للذات وأبعادها كلما إنخفض إستخدام الأساليب الموجهة إنفعاليا (السلبية والإنسحاب) بإعتبارها أساليب غير فعالة في التعامل مع الضغوط. فالذات التي تتميز بالإيجابية والكفاءة والإقتدار

يمكنها إستخدام أساليب أكثر فاعلية، وهذا ما أكدته نتائج هذا البحث فيما يخص سمات الشخصية والمواجهة والشعور بالضغط.

3-5 علاقة الضغط النفسي بإستراتيجيات إتخاذ مسافة، وضبط الذات، والبحث عن سند إجتماعي وإعادة التقدير الإيجابي

يتضح من عرض النتائج وجود إرتباط سالب ودال بين الشعور بالضغط النفسي وإستخدام مختلف هذا الإستراتيجيات لدى المرضى، فكلما قل إستخدام هذا الإستراتيجيات إرتفع الشعور بالضغط النفسي، كما ينخفض الشعور بهذا الضغط كلما زاد إستخدامها. ويشير التراث السيكولوجي بأن هذا الإستراتيجيات من إتخاذ مسافة، وضبط الذات، والبحث عن سند اجتماعي وإعادة التقدير الإيجابي تندرج ضمن المواجهة المركزة على الإنفعال، فهي بذلك لا تهدف للتحكم في الوضعية الضاغطة بحد ذاتها، وإنما تهدف لضبط الحالات الإنفعالية التي تولدها هذا الوضعية من خلال مجهودات معرفية لتصغير وتقليل معنى وأهمية الوضعية، أو من خلال تضخيم الجوانب الإيجابية للحدث وإعادة تقييمها، أو من خلال مجهودات الضبط الإنفعالي والتحكم في المشاعر أو من خلال طلب السند والدعم الإجتماعي.

تعتبر المساندة الإجتماعية من الجوانب الهامة لعملية إدارة الضغوط، فهي آلية لتخفيف الضغوط. ولقد أشارت نتائج كل من **Dougherty** و**Kirmeyer** **(1988)** نقلا عن **عبد السلام** **(1997)** على أن المساندة تقلل من مؤثرات الضغوط عن طريق تزويد قدرة الفرد من التكيف معها. تتفق نتائج الدراسة الحالية مع ما أسفرت عليه العديد من الدراسات السابقة حول الإرتباط بين الشعور بالضغط والمساندة الإجتماعية. ففي دراسة أجراها كل من **Larocco** وآخرون **(1980)** نقلا عن **يخلف** **(2001)** على عينة من 2000 رجل في مختلف الوظائف، حيث قاموا بقياس مدى توفر المساندة الإجتماعية ومستوى ضغوط العمل لديهم. أظهرت النتائج علاقة عكسية دالة بين تمتع أفراد العينة بالمساندة ومعاناته من ضغوط العمل. حيث بينت هذا الدراسة بكل وضوح القيمة الوقائية للضوابط الإجتماعية وقوة تأثيرها في تخفيف الضغوط.

ويؤكد **Kaplan** وآخرون **(1993)** نقلا عن **عبد العال(2002)** على أن المساندة الإجتماعية لها أثر إيجابي في الوقاية من التعرض للأمراض والصدمات النفسية، فالعلاقة بين إنخفاض المساندة والمرض علاقة سببية، بمعنى أن هناك علاقة موجبة بين المساندة الإجتماعية للفرد وصحته النفسية، فهي تعد إحدى العوامل الوقائية من الآثار السلبية لأحداث الحياة الضاغطة، فهي بمثابة ميكانيزم دفاعي للإنسان ضد أحداث الحياة وآثارها السلبية. ويضيف **Schwarzer** **(1991)** نقلا عن **عبد العال(2002)** أن للمساندة

الإجتماعية أثر إيجابي في الصحة العامة للفرد (النفسية والجسدية) وتعمل على وقاية الإنسان من العديد من الأمراض المختلفة.

ضف إلى ذلك، فإن عدم القدرة على تصغير وتقليل معنى وأهمية الوضعية، أو عدم القدرة على إعادة تقييمها معرفيا من خلال الإهتمام بالجوانب الإيجابية للحدث، بالإضافة إلى فقر مهارات الضبط الإنفعالي للمشاعر عند التعامل مع الضغوط النفسية، كل ذلك يدفع بالفرد بالشعور بالعجز عن مواجهة الموقف مما تتولد لديه إحساسات بالقلق والتوتر تؤدي بدورها إلى شعورا بالتهديد والخطر وبالتالي زيادة شعورا بالضغط النفسي الذي يؤدي تراكمه وإستمرارا إلى الإضرار بالصحة النفسية والجسدية خاصة إذا تظافر مع سمات شخصية سلبية.

6 - الاستنتاج العام:

في ضوء ما سبق من عرض نتائج البحث الحالي ومناقشتها يمكن حصر أهم نتائجه في النقاط التالية:

6-1 الضغط النفسي:

- المرضى أكثر إدراكا لحجم الضغوط النفسية وأكثر إحساسا بشدتها من العاديين.
- تعددت مصادر الضغوط النفسية لدى أفراد العينة لتشتمل على أحداث عائلية، وزوجية، ومهنية، وعاطفية، ودراسية، وإقتصادية وإجتماعية.
- تظهر المشاكل العائلية أكثر مصادر الضغط النفسي تواترا لدى أفراد العينة.
- يختبر المرضى مصدر ضغط نفسي إضافي يتمثل في الحالة الصحية والإصابة المرضية.
- يلجأ بعض أفراد المجموعة المرضية عند التعرض لضغوط أحداث الحياة إلى السلوكات اللاصحية مثل التدخين، تعاطي الكحول والمخدرات.

6-2 سمات الشخصية:

* تقدير الذات:

- يظهر المرضى مستوى منخفض لتقدير الذات من العاديين.
- يظهر العاديون تقدير مرتفع للذات وشدة ضغط نفسي أقل من المرضى.
- يظهر المرضى تقدير منخفض للذات وشدة ضغط نفسي أكبر من العاديين.
- يحدد تقدير الذات مدى إرتفاع وإنخفاض الشعور بالضغط النفسي.

* فعالية الذات:

- يظهر المرضى مستوى منخفض لفعالية الذات من العاديين.

- الأفراد الذين يتمتعون بفعالية ذات عالية أقل إدراكا لشدة الضغط النفسي.
- يرتبط الشعور المنخفض للفعالية الذاتية بشدة ضغط نفسي أكبر.
- الأفراد ذوو الفعالية العالية للذات يعتقدون أنهم قادرون على عمل شيء لتغيير وقائع البيئة.
- منخفضي الفعالية الذاتية عاجزين عن السيطرة على سلوكهم، ودوافعهم وعلى المحيط.

*** سمة القلق:**

- يظهر المرضى درجة سمة قلق أكبر من العاديين.
- ذوي درجات عالية في سمة القلق يختبرون ضغطا نفسيا أكبر.
- يدرك الأشخاص ذوو الدرجة المرتفعة في سمة القلق العالم بأنه خطر ومهدد، وأكثر تأثيرا بالمواقف الضاغطة ويميلون إلى تضخيم الأمور والمواقف التي يختبرونها، ويتأثرون بدرجة أعلى بمصادر الضغوط النفسية.
- يختبر ذوو الدرجات المنخفضة في سمة القلق شدة ضغط نفسي أقل.

3-6 إستراتيجيات المواجهة:

- يستعمل أفراد المجموعة العادية إستراتيجيات مخططات حل المشكل، وإتخاذ مسافة، وضبط الذات، والبحث عن سند إجتماعي وإعادة التقدير الإيجابي أكثر من المرضى.
- يستعمل المرضى إستراتيجية التجنب- التهرب أكثر من العاديين.
- لا يختلف المرضى والعاديين في إستعمال إستراتيجيتي التصدي وتحمل المسؤولية.
- يتميز أفراد المجموعة العادية بتنوع إستراتيجيات المواجهة المستعملة لمجابهة ضغوط أحداث الحياة (مواجهة سلوكية، ومعرفية، وإنفعالية ودعم إجتماعي).
- يتميز المرضى بفقر إستراتيجيات المواجهة مع تفضيل إستعمال إستراتيجية تجنب- تهرب عند مواجهة الضغوط النفسية.
- الأفراد الذين لديهم قدرة لحل المشكل لديهم ميل للشعور بضغط نفسي أقل وتسوية أفضل.
- فقر إستعمال إستراتيجية مخططات حل المشكل يرتبط بشعور أكبر بالضغط النفسي.
- تواتر إستعمال الإستراتيجية التجنبية يرتبط بتوافق سلبي والمشكلات الصحية.
- يدرك المرضى الأحداث الحياتية كمولدات للضغط النفسي وأحداث مهددة، لفقر قدراتهم لتغيير معنى التجربة المعاشة من خلال تقليل وتصغير أهميتها، وإعادة تقييم الوضعية بالإهتمام بالجوانب الإيجابية للحدث، وهذا ما يزيد من شدة الضيق الإنفعالي ورفع مستوى الضغط النفسي.
- يظهر المرضى قدرة أقل لضبط إنفعالاتهم وأفكارهم وتصرفاتهم عند التعامل مع المواقف الضاغطة.
- يظهر المرضى فقر في حجم الدعم الإجتماعي مما يجعلهم يختبرون الضغوط النفسية بشكل أكبر.

- يعتبر السند الإجتماعي مصدر هام لمواجهة الضغط النفسي، حيث أن غيابها أو إنخفاضها يجعل الضغط النفسي يؤثر على الصحة.

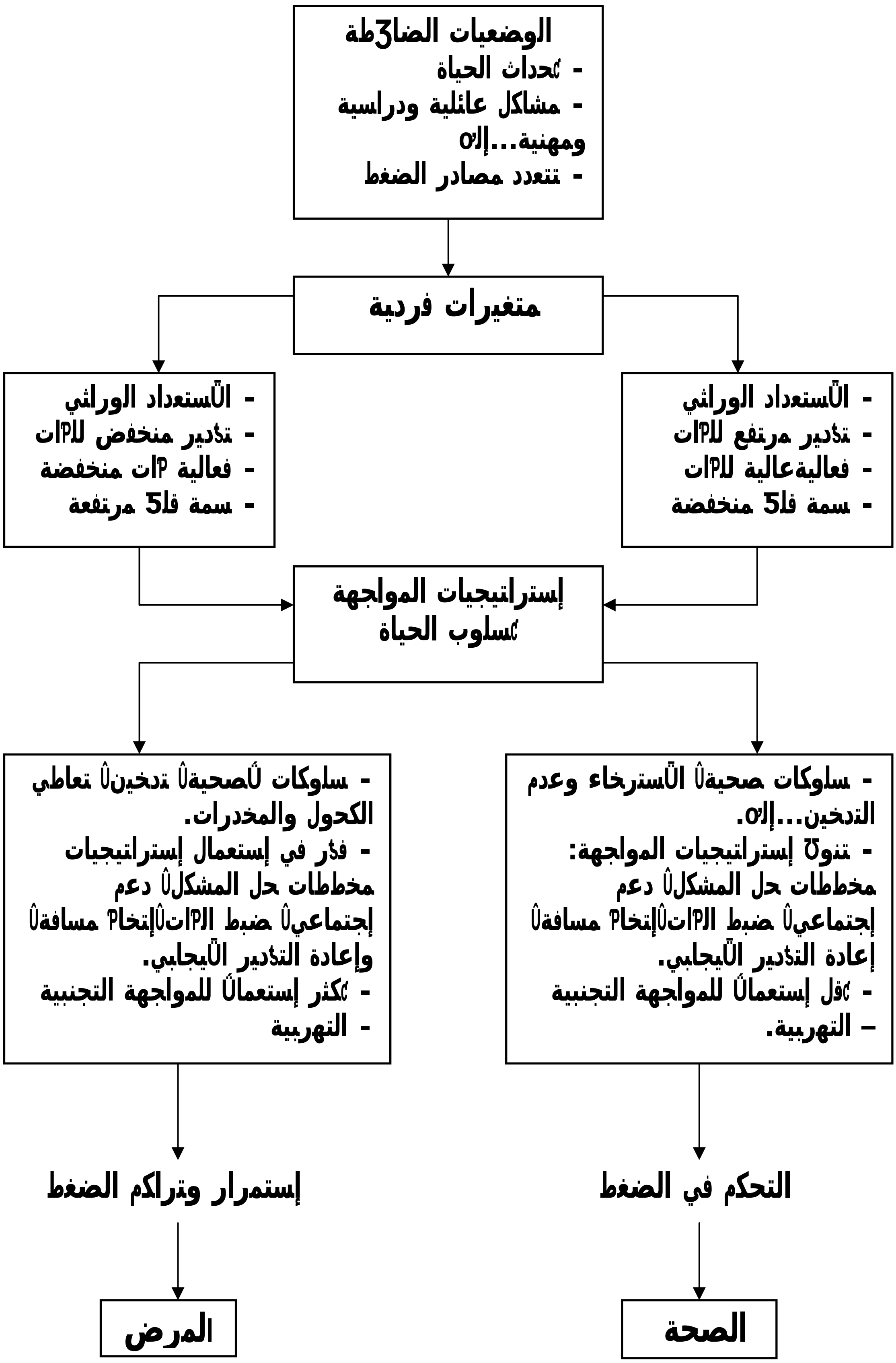
- تنوع ونجاعة إستراتيجيات المواجهة تؤدي إلى الحفاظ على الصحة.

- فقر إستراتيجيات المواجهة وفشلها في إعادة التوافق تجعل الفرد عرضة للمشكلات الصحية.

ونلخص مما سبق أن الأفراد الذين يتميزون بمستوى عال من تقدير وفعالية الذات، ودرجة منخفضة من سمة القلق أقل تأثيرا بالمواقف الضاغطة، وأنهم أكثر إستعمالا لمختلف إستراتيجيات المواجهة وبالخصوص مخططات حل مشكل، وضبط الذات، وإتخاذ مسافة، وإعادة التقدير الإيجابي والبحث عن سند إجتماعي. أي تنوع دخيرة المواجهة بين التي تركز على المشكل والتي تركز على الإنفعال لأنها تسمح بتوظيف المجهودات السلوكية، والمعرفية، والإنفعالية ومصادر الدعم الإجتماعي للتعامل مع مختلف مصادر الضغوط بتغيير الوضعية وتقليص مستوى الضيق الإنفعالي من خلال تغيير معنى التجربة المعاشة وضبط الأفكار والمشاعر المصاحبة للوضعية الضاغطة، مما يسمح بتقليص آثارها على الفرد والحفاظ على صحته النفسية والجسدية. بينما يؤدي تقدير وفعالية الذات المنخفضة ومستوى عال من سمة القلق إلى التأثر بدرجة أعلى بمصادر الضغوط مما يولد الضيق الإنفعالي، وإن فقر دخيرة المواجهة الفعالة وعدم تنوعها وتفضيل إستعمال الإستراتيجية التجنبية، تؤدي إلى رفع مستوى الضيق الإنفعالي وشدة الضغط النفسي، مما يترتب عند إستمرارها وتراكمه إلى إعتلال الصحة النفسية والجسدية.

بناء على ما تقدم من نتائج البحث الحالي يظهر أن لسمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة دور فعال في تعديل العلاقة بين التعرض للضغوط النفسية والصحة أو المرض، كما توضح النتائج أن هناك تفاعل دينامي بين الفرد من حيث سمات شخصيته وإستعداداته سواء الإيجابية أو السلبية عند التعرض لمختلف المواقف والوضعيات والأحداث الحياتية، حيث تأخذ هذه المواقف صفة الضغوط والتهديدات عند إدراك الفرد لها أنها كذلك وعندما يختبر توترا نفسيا وفيزيولوجيا نتاج عدم قدرته على التعامل معها، وأنها تتجاوز قدراته التكيفية وأساليبه في المواجهة، وإذا تزامنت مع أسلوب حياة غير صحي أدى ذلك إلى تفاقم الشعور بالضغط النفسي مما يعبر على عدم القدرة على إعادة التوازن والتوافق إزاء هذه المواقف الضاغطة وهذا ما يؤدي بدورها إلى إستمرار الضغط وتكون النتيجة مكلفة لأنها تعرض صحة الفرد لقابلية الإصابة بالمرض أو تطوير مرض حقيقي.

ويمكن حوصلة مختلف هذه النتائج في المخطط التوضيحي الآتي.



مخطط رقم (21): نموذج تفاعلي للمتغيرات الفرديةÛ الضغط النفسيÛ المواجهة وإنعكاساتها الصحية والمرضية

7- خاتمة البحث:

يهدف البحث الحالي الكشف عن دور سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة النفسية والجسدية، وذلك مـن خلال إجراء مقارنة بين مجموعة عادية (غير مرضية) ومجموعة مرضية فـي شدة الضغط النفسي، وبعض سمات الشخصية مـن تقدير وفعالية الذات وسمة القلق وإستعمال إستراتيجيات المواجهة. كما إهتم هذا البحث بفحص الإرتباط بين الشعور بالضغط النفسي وكل مـن سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة.

في ضوء ما سبق، تبرز أهمية الدراسة الحالية في إقتراθ نموذج تفاعلي لتفسير التأثيرات بين بعض سمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة بشدة الضغط النفسي وإنعكاس ذلك على الصحة النفسية والجسدية للفرد. فالتعرف على بعض المتغيرات النفسية التي تقوم بدور الوسيط بين الضغط النفسي وإنعكاساته الصحية، تسمح بالتحكم في مثل هذا المتغيرات للحفاظ على الوظائف النفسية والجسمية في حالة سوية والوقاية من الإضطراب والمرض، ويتحقق ذلك من خلال إقتراθ بعض الإجراءات الوقائية المرتبطة بالتحكم في الضغط النفسي والتوظيف الفعال لسمات الشخصية وإستراتيجيات المواجهة للحفاظ على الصحة.

لتحقيق أهداف هذا البحث والإجابة على تساؤلاته وتحقيق فروضه، تم إختيار عينة مكونة من 285 فردا تتوزع إلى مجموعتين، أولاهما المجموعة العادية وعددها 117 فردا، وثانيهما المجموعة المرضية وتشمل 168 مفحوصا تتوزع بدورها إلى أربعة مجموعات فرعية تضم الربو، ومرضى السكري، والمدمنين على المخدرات ومحاولي الانتحار. وقد طبقت عليهم إستبيان (البيانات الشخصية، والإجتماعية، والسلوكية والمرضية) وبطارية مقاييس نفسية تتضمن: إستبيان إدراك الضغط، مقياس تقدير الذات، مقياس فعالية الذات، مقياس سمة القلق وإستبيان إستراتيجيات المواجهة.

وبعد جمع المعطيات وإجراء التحليلات والمعالجات الإحصائية، توصلت الباحثة إلى عدد من النتائج أهمها ما يلي:

- يوجد فرق دال إحصائيا بين المرضى والعاديين في شدة الضغط النفسي لصالح الفئة الأولى، فالمرضى أكثر إدراكا لشدة الضغط النفسي.
- يظهر المرضى مستوى منخفض لتقدير الذات مقارنة بالأفراد العاديين.

- يظهر المرضى مستوى منخفض في فعالية الذات مقارنة بالعاديين.

- يظهر المرضى درجة مرتفعة في سمة القلق مقارنة بالعاديين.

- يستعمل أفراد المجموعة العادية إستراتيجيات مخططات حل المشكل، وإتخاذ مسافة، وضبط الذات، والبحث عن سند إجتماعي وإعادة التقدير الإيجابي أكثر من المرضى.

- يستعمل المرضى إستراتيجية التجنب- التهرب أكثر من العاديين.

- لا يختلف المرضى والعاديين في إستعمال إستراتيجيتي التصدي وتحمل المسؤولية.

- يوجد إرتباط سالب ودال بين الشعور بالضغط النفسي وكل من تقدير وفعالية الذات لدى العاديين والمرضى.

- يوجد إرتباط موجب ودال بين الشعور بالضغط النفسي ودرجة سمة القلق لدى العاديين والمرضى.

- يوجد إرتباط دال بين الشعور بالضغط النفسي وبعض إستراتيجيات المواجهة لدى العاديين والمرضى.

ومن العرض السابق لنتائج الدراسة، يتضح أن أفراد المجموعة المرضية أكثر إدركا للضغط النفسي، ويتسمون بتقدير وفعالية ذات منخفضة، بالإضافة إلى سمة قلق مرتفعة، وهم أكثر إستعمالا لإستراتيجية تجنب- تهرب عند مواجهة الضغوط النفسية، مع فقر في إستعمال إستراتيجيتي مخططات حل المشكل والدعم الاجتماعي. بينما يتمتع أفراد المجموعة العادية بشدة ضغط نفسي أقل، بإرتفاع مستوى تقدير وفعالية الذات وإنخفاض درجة سمة القلق، وهم أكثر إستعمالا عند مواجهة الضغوط لدخيرة متنوعة من إستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكل من مخططات حل المشكل، وإستراتيجيات تركز على الانفعال من ضبط الذات، وإتخاذ مسافة، وإعادة التقدير الإيجابي والبحث عن سند إجتماعي، وهم أقل إستعمالا للإستراتيجية التجنبية. فمواجهة الفرد تكون موفقة عندما يتمكن من تغيير الظروف البيئية المهددة، وإعادة التوازن الإنفعالي، والحفاظ على صورة إيجابية للذات والإستمرار في العلاقات الإجتماعية المرضية مع الآخرين، فالمواجهة الناجحة ترتبط بالتوافق وقدرات حل المشكل والضبط الذاتي للإنفعال.

حققت نتائج البحث صحة أغلب فرضياته وأهدافه، حيث نستخلص مما تقدم أن أثر ضغوط أحداث الحياة على صحة الفرد النفسية والجسدية ترتبط بمجموعة من المتغيرات النفسية تتضمن سمات الشخصية من تقدير وفعالية الذات، وسمة القلق وإستراتيجيات المواجهة المستعملة. فالفرد الذي يتميز بتقدير عال للذات، ومستوى مرتفع لفعالية الذات مع إنخفاض في سمة القلق، ويتسم بالثقة في النفس، ويحترم ذاته، ويشعر بالكفاءة مع الإحساس بالقدرة على فعل أشياء بطريقة أحسن من الآخرين، كما أنه يشعر بالقدرة على التحكم فيما يحدث له، مما يسمح له بتوظيف قدراته للتعرف على الأحداث وحل المشكلات، ومن هنا ينبع الإحساس بالفعالية الذاتية والمعتقدات المتفائلة حول القدرة على المواجهة الإيجابية مع عوامل الضغط

المختلفة، فهو أقل تأثيرا بالمواقف الضاغطة وأقل تضخيما للأمور لأنه يتميز بدرجة منخفضة من سمة القلق تجعله أكثر قدرة على التعامل مع مصادر الضغوط النفسية ومواجهتها بدرجة منخفضة من الإستثارة الفيزيولوجية، مما يزيد من إصرارها على تخطي ما يقابله من عوائق بإستعمال ذخيرة متنوعة من إستراتيجيات المواجهة التي تركز على المشكل لتغيير الوضعية، والتي تركز على الإنفعال من بحث عن سند إلإجتماعي وضبط الذات وغيرها التي تعمل على تخفيف وتقليص الضيق الإنفعالي، وتعمل كل هذه المتغيرات التحكم في عوامل الضغط النفسي والتخفيف من شدته وآثارها على الصحة النفسية والجسدية.

8 - توصيات وإقتراحات ميدانية للبحث:

نستخلص من عرض نتائج البحث، تفسيرها ومناقشتها التوصيات والإقتراحات الميدانية التالية:

- الضغط النفسي ليس شيئا يمكن تجنبه، فالتخلص التام من الضغط النفسي معناه الموت.
- الضغوط النفسية ظاهرة من ظواهر طبيعة الوجود الإنساني، فوجودها في حياتنا معناه أننا نعيش ونتفاعل مع الحياة.
- علاج الضغوط النفسية لا يتم بالتخلص منها وإنما يتم بالتعايش الإيجابي معها ومعالجة نتائجها السلبية.
- إكتساب الأفراد الأساليب الملائمة لمعايشة الضغوط النفسية، والتغلب على آثارها لأن التعرض المتكرر للضغوط النفسية يترتب عنها آثار سلبية على الصحة.
- عدم اللجوء إلى السلوكات اللاصحية عند التعرض للوضعيات الضاغطة والمشكلات مثل التدخين، تعاطي الكحول والمخدرات.
- عدم اللجوء للمخدرات كوسيلة تكيفية لتحمل الإحباط والفشل، من الأفضل إقتحام الواقع والتكيف معه.
- تعلم و إكتساب مهارات جديدة لحل المشكل والضبط المعرفي.
- إستخدام إستراتيجيات معرفية مناسبة للتخلص من الضغوط النفسية.
- مجابهة صعوبات الحياة وخبرات الفشل بدلا من الإنسحاب في الأوهام والأحلام.
- تشجيع أنظمة الدعم الإجتماعي للفرد عند مواجهة الضغوط النفسية للتخفيف من حدة وقعها.
- إكتساب الفرد المهارة في تكوين علاقات إجتماعية ومهارات حل المشكل.
- قطع العزلة الإجتماعية ومساعدة الفرد على إستئناف إتصالاته الاجتماعية مع الآخرين.
- طلب المساعدة والمساندة الإنفعالية من الأشخاص المهمين أو الإختصاصيين أثناء فترات الضغط النفسي عوض البقاء وحيدا والتصرف فرديا.
- دعم الإتصال بين المراهقين، والشباب والأولياء وتبني إستراتيجيات أكثر تكيفا لحل الصراعات والمشاكل.

- التدريب على التعبير عن الإنفعالات وتجنب ما أمكن قمعها خاصة منها الغضب، والعدوان، والقلق والتعبير عنها بطريقة ملائمة.

- تغيير الصورة السلبية للذات إلى صورة إيجابية بصفة خاصة للمواجهة، لأن وجود تقدير ذات سليم يجلب للفرد شعورا بالأمن ويسمح له بتوظيف قدراته للتعرف على الأحداث وحل المشاكل.

- تعزيز تقدير الذات بتشجيع الفرد في قدراته وإمكانياته لتحقيق مشاريعه.

- رفع وتيرة شعور الأفراد بقدراتهم وفعاليتهم الذاتية وتقويتها، فهذا يسمح للأفراد التدريب على ممارسة سيطرة أكبر على سلوكهم، ودوافعهم و على المحيط.

- التحكم في الشعور بالقلق لأنه يزيد من شدة حساسية الفرد وميله لتضخيم الأمور والمواقف التي يختبرها مما يجعله يتأثر بدرجة أعلى بمصادر الضغوط النفسية.

- تدريب المرضى على تقنية الإسترخاء للتحكم ما أمكن من مشاعر القلق.

- توفير فرص العمل و القضاء على البطالة وملء أوقات فراغ الشباب.

فالتحكم في مثل هذه العوامل وتطبيق هذه الإجراءات تسمح ما أمكن بالحفاظ على الوظائف الجسدية والنفسية في حالة سوية والوقاية من الإضطرابات وخفض معدلات حدوثها وصولا إلى الشخصية السوية، وتحقيق التوافق في أفضل صورة، والهدف النهائي هو توافر بيئة صحية.

أولاً: المراجع العربية:

1- أبو زيد، إبراهيم أحمد (1987): " سيكولوجية الذات والتوافق "، دار المعرفة الجامعية.

2- أبو زيد، مدحت عبد الحميد (2001): " الإكتئاب، دراسة في السيكوباتومتري "، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

3- أبوزيد، نبيلة أمين (2000): " لضغوط النفسية وعلاقتهما ببعض الإضطرابات السيكوسوماتية لدى شرائح من العاملين ببعض المهن "، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم عام النفس، جامعة عين شمس، مصر.

4- أبو النيل، مصطفى زيور (1984): " الأمراض السيكوسوماتية "، مكتبة الخانجي، القاهرة.

5- إسماعيل، بشرى (2004): " المساندة الإجتماعية والتوافق المهني "، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

6- إسماعيل، بشرى (2004): " ضغوط الحياة والإضطرابات النفسية "، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

7- الأشول، عادل عز الدين (1993): " الضغوط النفسية والإرشاد الأسري للأطفال المتخلفين عقليا "، مجلة الإرشاد النفسي، العدد الأول، جامعة عين الشمس، القاهرة.

8- الأنصاري، بدر محمد (2004): " القلق لدى الشباب في بعض الدول العربية، دراسة ثقافية مقارنة "، مجلة دراسات نفسية، المجلد 14، العدد الثالث، يوليو، ص 337-370.

9- البحيري، عبد الرقيب أحمد (1984): " إختبار حالة وسمة القلق للكبار "، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

10- البعلبكي، منير (1996): " المورد، قاموس إنكليزي-عربي "، الطبعة الثلاثون، دار العلم للملايين-بيروت.

11- الجيوﺔ ، ناجي (دت): " الإنتحار، دراسة نفسية- إجتماعية للسلوك الإنتحاري "، دون طبعة.

12- الحجار، محمد حمدي (1989): " الطب السلوكي المعاصر "، الطبعة الأولى، دار العلم للملايين، بيروت.

13- الحجار، محمد حمدي (1998): " المدخل إلى علم النفس المرضي "، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، بيروت.

14- الحلبي، موفق هاشم صفر (2000): " الإضطرابات النفسية عند الأطفال والمراهقين "، الطبعة الثانية، مؤسسة الرسالة.
15- الخالدي، أديب (2002): " المرجع في الصحة النفسية "، الدار العربية للنشر والتوزيع، المكتبة الجامعية غريان، ليبيا.
16- الداهري، صالح حسن (1999): " الشخصية والصحة النفسية "، الطبعة الأولى، دار الكتب الكندي للنشر والتوزيع، أربد، الأردن.
17- الديدي، رشا عبد الفتاθ (2001): " المرأة والإدمان، دراسة نفسية إجتماعية من منظور التحليل النفسي "، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
18- الرشيدي، هارون توفيق (1999): " الضغوطات النفسية، طبيعتها، نظرياتها "، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
19- الرشيدي، بشير وآخرون (2001): " سلسلة تشخيص الإضطرابات النفسية "، الطبعة الأولى، الديوان الأميري، مكتبة الإنماء الإجتماعي، الكويت.
20- الرشيدي، بشير صالح (2000): " مناهج البحث التربوي"، دار الكتاب الحديث.
21- الرفاعي، نعيم (1987): " الصحة النفسية، دراسة في سيكولوجية التكيف "، جامعة دمشق.
22- الزراد، فيصل (1984): " الأمراض العصابية والذهانية والإضطرابات السلوكية "، دار القلم، بيروت.
23- الزيات، فتحي مصطفى (2001): " علم النفس المعرفي "، الطبعة الأولى، الجزء الثاني، دار النشر للجامعات، مصر.
24- الشناوي، محمد محروس وعبد الرحمن محمد السيد (1998): " العلاج السلوكي الحديث، أسسه، وتطبيقاته "، دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة.
25- الشناوي، محمد محروس وعبد الرحمن محمد السيد (1994): " المساندة الإجتماعية والصحة النفسية، مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية "، الطبعة الأولى، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
26- العناني، حنان عبد الحميد (2000): " الصحة النفسية "، الطبعة الأولى، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
27- العيسوي، عبد الرحمن (1974): " القياس والتجريب في علم النفس والتربية "، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، مصر.
28- العيسوي، عبد الرحمن (1993): " سيكولوجية الإدمان وعلاجه "، دار النهضة العربية، بيروت.
29- العيسوي، عبد الرحمن (1994): " الأمراض السيكوسوماتية "، دار النهضة العربية، بيروت.

30- العيسوي، عبد الرحمن (1999): " علم النفس الشواذ والصحة النفسية "، الطبعة الأولى، دار الراتب الجامعية، بيروت.

31- العيسوي، عبد الرحمن (2000): " الإضطرابات النفسجسدية "، الطبعة الأولى، دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان.

32- العيسوي، عبد الرحمن (2001): " الجديد في الصحة النفسية "، منشأ المعارف الإسكندرية، مصر.

33- الفقي، سعد كريم (دت): " المخدرات والإدمان، الظاهرة والعلاج "، مكتبة بستان المعرفة كفر الدوار.

34- القذافي، رمضان محمد (1998): " الصحة النفسية والتوافق "، الطبعة الثالثة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، القاهرة.

35- القماθ، إيمان محمود (2002): " علاقة مفهوم الذات بأساليب مواجهة الضغوط لدى عينة من الراشدين المصريين والإماراتيين : دراسة عبر حضارية مقارنة "، مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية، الجزء الثاني، المجلد الثالث عشر، أكتوبر، ص 128-.214

36- المشعان، عويد سلطان (2000): " التفاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بالإضطرابات النفسية الجسمية وضغوط أحداث الحياة لدى طلاب الجامعة "، مجلة دراسات نفسية، المجلد 10، العدد الرابع، أكتوبر، ص 505-.532

37- جبريل، موسى عبد الخالق (1983): " تقدير الذات والتكيف المدرسي لدى الطلاب الذكور "، رسالة دكتوراه غير منشورة في الصحة النفسية، جامعة دمشق.

38- جلال، سعد (1986): " في الصحة العقلية "، دار الفكر العربي، القاهرة.

39- حجازي، مصطفى (2000): " الصحة النفسية، منظور دينامي تكاملي لنمو في البيت والمدرسة "، الطبعة الأولى، المركز العربي الثقافي، الدار البيضاء، المغرب.

40- حداد، عفاف شكري (1995): " سمة القلق وعلاقتها بمستوى الدعم الإجتماعي "، مجلة دراسات العلوم الإنسانية، المجلد 22 (أ)، العدد الثاني، ص 929-.949

41- حسيني، أيمن (1994): " أعشاب، نباتات من الطب الشعبي في خدمة مريض السكر "، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر.

42- دردار، فتحي (2001): " الإدمان على الخمر، التدخين، المخدرات "، رقم الإيداع القانوني، الجزائر.

43- درويţ ، زين العابدين (1994): " علم النفس الإجتماعي، أسسه وتطبيقاته "، الطبعة الثالثة، مركز النشر لجامعة القاهرة.

44- سلامة، ممدوحة محمد (1991): " الإعتمادية والتقييم السلبي للذات والحياة لدى المكتئبين وغير المكتئبين "، مجلة الصحة النفسية، أفريل، العدد الثاني، ص 119- 218.

45- سالم، إيناس عبد الفتاθ ونجيب، محمد محمود (2002): " ضغوط الحياة وعلاقتها بالأعراض السيكوسوماتية وبعض خصال الشخصية لدى طلاب الجامعة، دراسة كشفية "، مجلة دراسات نفسية، المجلد 12، العدد الثالث، يوليو، ص 417 -458.

46- سهيل، إدريس وجبور عبد النور (1985): " المنهل، قاموس فرنسي، عربي "، دار العلم للملايين، بيروت.

47- سويف، مصطفى (1996): " المخدرات والمجتمع "، سلسلة كتب ثقافية، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

48- سويف، مصطفى (2001): " مشكلات تعاطي المخدرات بنظرة علمية "، الطبعة الأولى، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة.

49- شابرول، هنري (2001): " الإدمان في سن المراهقة "، ترجمة فؤاد شاهين، الطبعة الأولى، عويدات للنشر والطباعة بيروت، لبنان.

50- شريف، ليلى (2002): " أساليب مواجهة الضغط النفسي وعلاقتها بنمطي الشخصية (أ- ب) لدى أطباء الجراحة "، أطروحة دكتوراه غير منشورة في الصحة النفسية، جامعة دمشق، سوريا.

51- شقير، زينب محمود (2005): " الشخصية السوية والمضطربة "، الطبعة الثالثة، مكتبة النهضة المصرية.

52- شعبان، رجب علي (1992): " العلاقة بين أساليب التعامل الإقدامية والإحجامية مع الأزمات والتوافق النفسي وبعض سمات الشخصية "، مجلة علم النفس، العدد 24، أكتوبر-نوفمبر-ديسمبر، ص 104-.125

53- طايبي، فريدة (1998): " المميزات النفسية للشباب متعاطي المخدرات "، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

54- عبد الحميد، ليلى (1985): " مقاييس تقدير الذات للكبار والصغار "، دار النهضة العربية، القاهرة.

55- عبد الخالق، أحمد محمد (1997): " أصول الصحة النفسية "، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.

56- عبد الخالق، أحمد محمد (1998): " الصدمة النفسية "، مطبوعات الكويت.

57- عبد الرحمن، محمد السيد (1998): " دراسات في الصحة النفسية "، الجزء الأول، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

58- عبد الرحمن، محمد السيد (2000): " علم الأمراض النفسية والعقلية "، الجزء الأول، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

59- عبد الستار، إبراهيم (1998): " الإكتئاب، إضطراب العصر الحديث، فهمه وأساليب علاجه "، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

60- عبد السلام، علي (2005): " المساندة الإجتماعية وتطبيقاتها العملية "، الطبعة الأولى، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

61- عبد السلام علي (2003): " مقياس أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة "، الطبعة الأولى، مكتبة النهضة المصرية، ص 4، 15.

62- عبد السلام، علي (2000): " المساندة الإجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة وعلاقتهما بالتوافق مع الحياة الجامعية لدى طلاب الجامعة"، مجلة علم النفس، يناير-فبراير-مارس، ص6-22.

63- عبد السلام، علي (1997): " المساندة الإجتماعية ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات "، مجلة دراسات نفسية، المجلد 7، العدد الثاني، أبريل، ص 203-232.

64- عبد العال، السيد محمد (2002): " فاعلية الذات والمساندة الإجتماعية وتقدير الذات لدى عينة من معلمي ومعلمات رياض الأطفال والمرحلة الإبتدائية "، مجلة علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية، الجزء الثاني، المجلد 13، يناير، ص291-351.

65- عبد الغني، صلاح الدين (2000): " في الصحة النفسية "، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة.

66- عبد اللطيف، رشاد أحمد (1999): " الآثار الإجتماعية لتعاطي المخدرات، تقدير المشكلة وسبل العلاج والوقاية "، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

67- عبد الله، محمد قاسم (2001): " مدخل إلى الصحة النفسية "، الطبعة الأولى، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن.

68- عبد المختار، محمد خضر (2004): " العلاقة بين الجمود وتقدير الذات لدى عينة مصرية وعمانية "، مجلة دراسات نفسية، المجلد 14، العدد الثاث، يوليو، ص 423- 459.

69- عبد المعطي، حسن مصطفى (2002): " العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية "، الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

70- عبد المعطي، حسن مصطفى (1989): " الاثر النفسي لأحداث الحياة كما يدركها المرضى السيكوسوماتيين "، مجلة علم النفس، العدد التاسع، يناير- فبراير- مارس، ص29- 43.

71- عبد المنعم، عفاف محمد (1998): " الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه "، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، القاهرة.

72- عبد المنعم، عفاف محمد (1999): " الإدمان، دراسة الأسباب والنتائج "، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.

73- عبيدات، محمد، أبو الناصر، محمد ومبيضين عقيلة (1999): " منهجية البحث العلمي، القواعد، والمراحل والتطبيقات "، الطبعة الثانية، دار وائل للطباعة والنشر.

74- عثمان، فاروق السيد (2001): " القلق وإدارة الضغوط النفسية "، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة.

75- عسكر، علي (2000): " ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها "، الطبعة الثانية، دار الكتاب الحديث، الكويت.

76- عطا، محمود (1993): " تقدير الذات وعلاقته بالوحدة النفسية والإكتئاب لدى طلاب الجامعة "، مجلة دراسات نفسية، المجلد الثالث، العدد الثالث، يوليو، ص 269- 287.

77- عطية، محمود محمد إبراهيم (2002): " مدى فعالية تنمية مهارات المواجهة الإيجابية للضغوط في تحسين مستوى التوافق لدى عينة من الطلاب "، رسالة مقدمة لنيل درجة دكتوراه الفلسفة في التربية، تخصص إرشاد نفسي، جامعة القاهرة.

78- عكاشة، أحمد (1986): " الطب النفسي المعاصر "، الطبعة الرابعة، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.

79- عماد الدين، إسماعيل محمد (1992): " سيكولوجية العلاقة ومفهوم الذات والإتجاهات "، دار النهضة للطباعة والنشر، بيروت.

80- عويضة، كامل محمد (1996): " الصحة في منظور علم النفس "، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان.

81- غباري، محمد سلامة (1999): " الإدمان، أسبابه، نتائجه، علاجه، دراسة ميدانية "، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

82- غالي، محمد أحمد وأبو علام، رجاء محمود (1973): " القلق وأمراض الجسم "، الطبعة الأولى، مكتبة الأسد، سوريا.

83- فايد، حسين علي (2000): " دراسات في الصحة النفسية "، الطبعة الأولى، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

84- فايد، حسين علي (2001): " الإضطرابات السلوكية، تشخيصها، أسبابها، علاجها "، دون طبعة.

85- فايد، حسين علي (2001): " العدوان والاكتئاب في العصر الحديث، نظرة تكاملية "، الطبعة الأولى، المكتب العلمي للكمبيوتر للنشر والتوزيع، الإسكندرية.

86- فرج، صفوت (2004): " دور متغيرات القرابة للأسير والنوع والمرحلة التعليمية في التنبؤ بإستجابات أبناء الأسرى الكويتيين على مقياس تنسى لمفهوم الذات "، مجلة دراسات نفسية، المجلد 14، العدد الثاني، أبريل، ص 157- 181.

87- فرويد، سجموند (1985): " الكف، العرض والقلق "، ترجمة نجاتي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

88- كامل، وحيد مصطفى (2004): " علاقة تقدير الذات بالقلق الإجتماعي لدى الأطفال ضعاف السمع"، مجلة دراسات نفسية، المجلد 14، العدد الأول، يناير، ص31-68.

89- مبيض، مأمون (1995): " المرشد في الأمراض النفسية وإضطرابات السلوك "، المكتب الإسلامي.

90- متولي، فؤاد بسيوني (2000): " التربية وظاهرة إنتشار وإدمان المخدرات "، مركز الإسكندرية للكتاب.

91- مخيمر، عماد محمد، (1997): " الصلابة النفسية والمساندة الإجتماعية متغيرات وسيطة في العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض الإكتئاب لدى الشباب الجامعي "، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد السابع، العدد 17، أغسطس، ص 103-138.

92- منشورات الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها، جوان 2003.

93- منصور، عبد المجيد سيد أحمد والشربيني، زكريا أحمد (2001): " السلوك الإنساني بين الجبرية والإرادة "، الطبعة الأولى، دار الفكر العربي، القاهرة.

94- ملحم، سامي محمد (2000): " مناهج البحث في التربية وعلم النفس "، الطبعة الثانية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.

95- يخلف، عثمان (2001): " علم نفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة "، الطبعة الأولى، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، الدوحة- قطر.

96- يوسف جمعة سيد (2004): " إدارة ضغوط العمل، نموذج للتدريب وللممارسة "، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، ص 2.

97- يوسف، جمعة سيد (2000): " دراسات في علم النفس الإكلينيكي "، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

98- يوسف علي، أميرة منصور (1997): " المدخل الإجتماعي للمجالات الصحية الطبية والنفسية "، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية.

ثانيا: المراجع الأجنبية:

99- Ait Khaled, N; (1992): " L'Asthme de l'adulte, données actualles ", E.N.A.G, Alger.

100- Aldwin, C and Revenson, T; (1987): " Does coping help? A re-examination of the relation between coping and mental health ". Journal Of Personality and Social Psychology; Vol 53, N 02, PP337-348.

101- Aroua, A ; (1985): " Santé et environnement, pour une approche systémique de l'hygiène du milieu ", Entreprise National du livre, Alger.

102- Asarnow, J- R, Carlson, G and Guthrie, D; (1987): " Coping strategies, Self-perceptions, Hopelessness, and Perceived Family environments in Depressed and Suicidal children ". Journal of consulting and clinical psychology, Vol 55, N°3, p 361- 366.

103- Bandura, A; Pastorelli, C; Barbaranelli, C and Capsara G- V; (1999): " Self- efficacy pathways to childhood depression ", Journal of Personality and Social Psychology, Vol 76, N°2,p 258- 269.

104- Barlow, David. H; (1984): " Measurement and Practice ", State University of New- York.

105- Beautrais, Al; Joyce, PR and Mulder. RT; (1999): " Personality traits and cognitive styles as risk factors for serious suicide attempts among yong people ". Suicide life threat Behav, 29, pp 37- 47.

106- Belaid, R et Zidouni, N ; (2001): " L'infection à ViH / Sida en Algerie ". Bulletin d'information de la prevention à L'usage du personnel de Sante. Novembre, N°38.

107- Belaid, A ; (2001): " La dépression du sujet âgé, E.H.S Cheraga ", Algérie Santé, Revue , bimestrielle de santé. Mars- Avril, N°4, p 20.

108- Belarouci, L ; (2001) " Violence et Psychotrauma, Prise en charge et perspectives ". Algérie Santé, septembre- octobre, N°6, p 58- 61.

109- Belarouci, L ; (2001): " Besoins en santé mentale, présentation de résultats préliminaires d'une enquête nationale ", Algérie santé, Revue bimestrielle de sante, mars-avril, N°4, pp 32- 37.

110- Bensabat, S; (1980): " Le stress ", édition Hachette

111- Besançon, G; (1993): " Manuel de psychologie ", édition Dumond, Paris.

112- Bezzaouch, A, Louannas, S, Oussar, N; (2000): " Prévalence de L'asthme et de la maladie Allergique chez L'enfant scolarisé du 13 et 14 ans à Alger ", Cahier de la Sante, octobre, N° 10.P61-65.

113- Billings, A and Moos, R; (1984): " Coping, stress and social ressources among adults with unipolar depression ", Journal of Personality and Social Psychology, 46 (4), p 877- 891.

114- Blamoutier, J; (1982): " Les maladies Allergiques " Maloine. S. édition, Paris.

115- Bloch, H ; Chemama, R, Gallo, A and Leconte, P; (1993): " Grand dictionnaire de la Psychologie " édition Larousse.

116- Bloch, H, Depret, E ; Gallo, A et Leconte, P; (1997): " Dictionnaire fondamental de la psychologie ", Larousse, Paris.

117- Babolakis, I et Secret, I; (1990): " Désespoir et depression chez Les suicidants ", Psichiatr and psychobiol, N°5, p 343- 348.

118- Bootzin, R; Bower, G; Zajonc, R and Hall, E; (1986): " Psychology To day ", MC Graw- Hill Publiching Company, U.S.A.

119- Boudef, M et Labidi, S; (1998): " Etude épidémiologique des Urgences Psychiatriques dans La région de Annaba ", Journal Algérien de Médecine, N°5, vol VIII, Sept- oct.

120- Boudef, M; Doghman, S; Khenuz, H et Sedihé, N ; (2001): " Analyse de file active annuelle des consultants à L'E. H.S Razi Annaba ", Algérie Santé, Mars- Avril, N°4, p 23- 26.

121- Bousquet, J; Mervardo, J; Betoille, A et Michel, F.B; (1982): " Les testes in Vitro dans le diagnostic de L'Allergie ", Médecine et Hygiène, Num 40, p 98- 109.

122- Bousquet, J et Michel, F.B; (1991): " Asthme Allergique " édition technique- Encycl- Med- Chir (Paris- France), Pédiatrie, 4063. F10. p 20.

123- Cain, N and Smith, J; (1994): " Stress and coping, in the context of psychoneuroimmunology, A Holistic Framework for Nursing Practice and reseach", Archives of psychiatric Nursing, Vol VIII, NUM 4, p 221- 227.
124- Carver, C and sheier, M; (1994): " situational coping and coping dispositions, in a stressful transaction" , Journal of Personality and Social Psychology, vol 66, N°1, p 184- 195.
125- Cervone, D; Kopp, D; Schau- Mann, L and Scott, W; (1994): " Mood, Self- efficacy, and performance standards, lower Moods induce higher standards for performance ", Journal of Personality and social Psychology, vol 67, N°3, p 499- 512.
126- Charpin, D; (1984): " Définition et épidémiologie de L'Asthme ", édition Techniques- Encycl- Med- chir (Paris- France) Poumonplevie- Médiastin. 6039. A20. p 6.
127- Charpin, D; (1986): " Signes, formes clinique, diagnostic et Pronostic de L'Asthme ", édition Techniques- Encycl- Med- chir (Paris- France) Poumonplevie- Médiastin. 6039. A35. p 10.
128- Chicouri, Marcel- Jacques; (1983): " Diabète ", M. A édition, Paris.
129- Choquet, M; (1989): " L'acte suicidaire approche épidémiologique ", Act- Med- inter, Psychiatrie, 6, p4- 7.
130- Cohen, S, et Manuck, S, (1995): " Stress, réactivity and disease ", psychosomatic mediune, vol 57, P 423- 426.
131- Coopersmith, S; (1984): " Manuel d'inventaire d'estime de soi ", Les édition du centre du Psychologie appliquées, Paris.
132- Cottraux, J; (1990): " Les Thérapies Comportementales et cognitive ", édition Masson, Paris.
133- Cottraux, J; (1990): " Thérapie cognitives ", édition Techniques, Encycl- Med- chir (Paris- France), psychiatrie, 37820. A50. p 4.
134- Coussongelie, F; Taytard, A et Quintard, B; (1998): " L'évaluation des stratégies de coping chez les patients Asthmatiques ", Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 2ème trimestre, vol 48, N°2, p 89- 94.

135- Crocker, J; Thompson, L; Mc Graw, K and Ingerman, C; (1987): " Dawnward Comparison, Prejudice, and evaluations of others effects of self- esteem and threat ", Journal of Personality and social Psychology, vol 52, p 907- 916.
136- Cutrona, C; (1986): " The behavioural manifestation of social support ", Journal of Personality and social Psychology, vol 51, N°1, p 201- 208.
137- Dadran, A.M; (1979): " effet de la chut pondéral sur la tolérance au glucose chez les diabétiques obèse ", Journées Annuelles de Diabétologie, Edition Flammarion Médecine Sciences, France.
138- Damiens- Delloy, B; (1985): " Diabète et Nutrition ", édition vigot, Paris.
139- Dantchev, Nicolas ; (1989) : " Stratégies de coping et pattern A Coronarogene ", Rev- de Med- Psychosom, 17/ 18, p 21- 30.
140- Dejours, C; (1977): " Diabète et psychiatrie ", Encyclopédie Médico -chirurgicale (Paris), 37665. A10, 5, p 31- 40.
141- Denelsky, G and Boat, B; (1986): " Acoping skills model of psychdogical diagnosis and treatment ", Professional psychology, Research and Practice, vol 17, N°4, p 322- 330.
142- Dupain, PH; (1998): " Le coping, une revue du concept et des méthodes d'évaluation ", Journal de thérapie comportementale et cognitive, vol 8, N°4, p 131- 138.
143- Ehlers, A; Osen, A; Wenninger, K and Gieler, U; (1994): " Atopic dermatitis and stress: Possible role of negative communication with significant others ", International Journal of Behavioral Medicine, 1(2), p 107- 121.
144- Endler, N et Parker, J; (1998): " inventaire de coping pour situations stressantes ", Manuel, les éditions du centre de psychologie appliquée, Paris.
145- Falaide, A.O; Galtung, V.K; Unger, Band Watter, R; (1988): " children at risk of allergic development: the parent's dyadic relationship ", psychotherapy and psychosomatics, vol 49, p 223- 229.
146- Ferreri, M; (1993): " Clinique et psychologie du stress ", Stress, événements, individus et symptômes, édition- screening.
147- Folkman, S and Lazarus, R.S; (1988): " Ways of coping questionnaire ", Mind Garden, Publisher, U.S.A.

148- Fontaine, O et Rogment, J; (1984): " Les Thérapies comportementales, approche théorique ", édition techniques- Encycl- Med- Chir (Paris- France), Psychiatrie, 37820. A40. P 16.
149- Giacobi, R; (1975): " L'Asthme ", édition Robert Laffront, Paris.
150- Giovannini, D; Riccibitti, PE; Sarchielle, G et Speltini, G; (1986): " Psychologie et Santé " Pierre Mardaga, édition.
151- Godbey, K and Caurage, M; (1994): " Stress, Management program intervention in Nursing student performance anxiety ", Archives of Psychiatric Nursing , vol VIII, N°3 (june), p 190- 199.
152- Godard, ph; Bousquet, J et Michel, F.B; (1985): " éthiopathogenie de L'Asthme ", édition Techniques, - Encycl- Med- Chir (Paris- France), Poumon, 6039. A30. NU3, P 10.
153- Garwood, Philip; (1993): " Stress, un modèle Biopsychosocial ", stress, événements, Individus et Symptômes, édition Screeming.
154- Graziani, P; Rusinek, S; Servant, D; Haute Keete- Sence, D et haute- Keete, M; (1998): " Validation Française du questionnaire de coping et analyse des événements stressants du quotidien ", Journal de thérapie comportementale et cognitive, 8 (3). P 100- 112.
155- Hall, Ri; Platt, D and Hall, Ry; (1999): " Suicide risk Assessment a review of risk factors for suicidal in 100 patients who made severe suicide attempts ", Psychosomatics, vol 40, N1, p 8- 27.
156- Hammouda, M; (2001): " Evaluation et prise en charge ", Algérie santé, N°6, septembre- octobre, p 22- 23.
157- Haynal, A et Pasini, W; (1984): " Médecine psychosomatique ", édition Masson, Paris.
158- Herbert, T and Cohen, S; (1994): " Stress and illness ", Encyclopaedia of human behaviour, vol 4, p 325- 332.
159- Holahan, Ch and Moos, R.H; (1987):" Personal and contextual determinants of coping strategies ", Journal of Personality and social Psychology, vol 52, N5, p 945- 955.
160- Jalajas, D; (1994): " the role of self- esteem in the stress process, Empirical results from job hunting ", Journal of Applied social Psychology, 24, p 1984- 2001.

161- Kacha, Farid; (1996): " Psychiatrie et psychologie Médical à L'usage de L'étudiant ", E.N.L. Alger
162- Kacha, Farid; (1998): " Le médecin généraliste face aux urgences psychiatriques ", Journal Algérien de Médecine, N°5, vol VIII, Sep- Oct, p 199- 201.
163- Kacha, Farid; (2001): " Les conduites suicidaires ", Algérie santé, Revue bimestrielle de santé, Mars- Avril, N°4, p 6- 10.
164- Khalfa, S; (2001): " Le diabète sucré ", office des publications universitaires, Ben Aknoun, Alger.
165- Khadivi, Z; (1979): " représentation de soi et réaction à la frustration ", thése de doctorat.
166- Khiati, M; (1995): " regard sur la santé ", édition Dahlab, Alger.
167- Klinnert, M; Mrazek, P and Mrazek, D; (1994): " Early Asthma onset, the interaction between family stressors and adaptive parenting ", Psychiatry, vol 57, p 51- 61.
168- Knisely, J and Northouse, L; (1994): " the relationship between social support, Help-seeking behavior, and psychological distress in psychiatric clients ", Archives of psychiatric Nursing, Vol VIII, N°6, (December), p 357- 365.
169- Kotler, T; Buzwell, S and Bowland, J; (1994): " Avoidant attachment as a risk factor for health ", British Journal of Medical Psychology, 67, pp 237- 245.
170- Kourilsky, R et al; (1970): " Psychologie et allergie ", édition L'expansion scientifique Française- France.
171- Kourilsky, R; (1990): " Asthme ", Encyclopédie universels, Editeur. A. Paris.
172- Kriesler, L; (1987): " Le nouvel enfant du désordre psychosomatique ", édition-Privat. Paris.
173- Larousse; (1997): " dictionnaire de Français ", édition Larousse, Bordas.
174- Larousse; (1999): " Le nouveau mémo- encyclopédie ", édition Larousse.
175- Lazarus, R, S and Folkman, S; (1984): " Stress, appraisal and coping ", New york spinger, USA.
176- Lazarus, R, S (1993): " from psychological stress to the emotions: a History of changing out Looks ", Ann, Rev, Psychol, 44, p 1- 21.
177- Lègeron, P et André, ch; (1993): " Modalité d'adaptation au stress et programmes de gestion du stress ", Stress, événements, Individus et symptômes, édition screeming.

178- Lépine, J, P et Chignon, J, M; (1994): " Sémiologie des troubles anxieux et phobique ", éditions techniques- Encycl- Med- chir (Paris- France), Psychiatrie 37, 112-A 10- P 13.

179- Levenstein, S; Prantera, C; Varvo, V; Scribano, L and Andreoli, A; (1993): " Development of the perceived stress questionnaire, a new tool for psychosomatic Research ", Journal of Psychosomatic Research , vol 37, N°1, p 19- 32.

180- Linville, P; (1987): " Self- complexity as cognitive buffer against stress- related illness and depression ", Journal of Personality and social Psychology, vol 52, N°4, p 663- 676.

181- Marty, P; (1958): " La relation objectale allergique ", Revue française de psychanalyse, Tome XXI, N°1.

182- Mialaret, G; (1991): " Statistiques appliquées aux sciences humaines ", presses universitaires de France.

183- Moscicki, EK; (1997): " Identification of suicide risk factors using epidemiological studies ", Psychiatry, clin- North- AM, 20, pp 499- 517.

184- Moser, IK; (1980): " Respirez bien… vivez mieux ", édisem, INC, Malaine S.A. Paris.

185- Nafti, Salim; (1998): " L’asthme en pratique ", Saidal infos, N°7 quatrième trimestre.

186- Naudin, C et Gum back, N ; (1995) : " Larousse médical ", édition original, Paris.

187- Nobert, S ; (1996) : " dictionnaire encyclopédique de psychologie ", édition Bordas, Paris.

188- Paulhan, I; Nuissier, J; Quintard, B; Cousson, F et Bourgeois, M; (1994):" La mesure du coping, traduction et validation française de l’échelle de vitaliano ", Annales. Médico- Psychologiques, vol 125, N°5, pp 292- 299.

189- Pearlin, L and Scholer, C ; (1978) : " the structure of coping ", Journal of health and social Behavior, vol (19) March, pp 2-21.

190- Petrides, P; Weiss, D et Lofler, M; (1980): " Diabéte Sucré, bases theoriques cliniques et therapeutiques ", edition Medecine et sciences internationales, Paris.

191- Pommereau, X ; (1996) : " L’adolescent suicidaire ", Paris, Dunod.

192- Pretet, S ; (1986) : " Surveillance de L’asthmatiques ", La revue du Praticien, Num 20, pp 1111- 1120.

193- Rahal, B ; (1991) : " étude épidemiologique de la maladie Asthmatique en Milieu urbain à Oran, à propos de 3118 cas ", thése de doctorat universite d'oran.

194- Razavi, D et Delvaux, N ; (1998) : " La prise en charge Mèdico- psychologique du patient cancéreux ", édition Masson.

195- Salah, D et Fontaine O ; (1992) : " Gestion du stress quotidien ", théorie comportementale et cognitive, édition Masson, Paris.

196- Seiffge- Krenke, I ; (1994) : " Les modes d'ajustement aux situation stressantes du developpement : comparaison d'adolescents normaux et L'adolescents perturbés ", L'orientation scolaire et professionnelle, vol 23, N°3, pp 313- 327.

197- Soal, K; (2001): " A propos du programme national de lutte contre la drogue et la toxicomanie ", Algerie sante, N°6 septembre- octobre, pp 20- 21.

198- Solomon, Z ; Kulincer, M and Avitzur, E ; (1988) : " coping, Locus of control, Social support, and Combat- related posttraumatic stress disorder : a prospective study ", Journal of Personality and Social Psychology, vol 55, N°2, pp 279- 285.

199- Spielberger, C; (1983):" State- trait anxiety inventory for adulte", Mind Garden Publishing, California, USA.

200- Stanton, A.L; Danoff- Burg, Sh; Cameron, ch and Ellis, A.P; (1994): " coping through emotional approach: Problems of conceptualization and confounding ", Journal of Personality and Social Psychology, vol 66, N°2, pp 350- 362.

201- Stora, J- B; (1991): " Le stress ", édition Dahleb, Alger.

202- Tazairt- Chabane, B; (2002): " Qu'est ce que le diabete ", Societe el Marifa, Alger.

203- Terry, D, J ; (1994) : " Determinants of coping : the role of stable and situational factors ", Journal of Personality and Social Psychology, vol 66, N°5, p 895- 910.

204- Terry, D.J and Hynes, G.J; (1998): " adjustment to a low- control situation: reexamining the role of coping responses ", Journal of Personality and Social Psychology, vol 74, N°4, pp 1078- 1092.

205- Valentiner, D, P; Halahan, C, J and Moos, R; (1994): " Social support, Appraisals of event controllability, and coping: an integrative model ", Journal of Personality and Social Psychology, vol 66, N°6, pp 1094- 1102.

206- Varni, J; Badani, L; Wallander, J-; Roe, T and Douglas, F; (1989): " Social support and self- esteem effects on psychological adjustment in children and adolescents with

insulin- dependent diabetes Mellitus ", child and Family behaviour therapie, vol 11 (1), pp 1-14.

207- Ventura, J; Nuechterlein, K; Lukoff, D and Hardesty, J-P; (1989):" a prospective study of stressful live events and Schizophrenic relapse ", Journal of Abnormal Psychology, vol 98, Num 4, PP 407- 411.

208- Westen, D; traduction Griette, C et Jouan j- L; (2000): " psychologie, pensée, cerveau et culture ", De Boeck universite, S.a, Paris.

209- Yellowlees, P.M and Kalucy ; R ; (1990) : " psychological aspects of Asthma and the consequent research implication ", chest, vol 97, pp 628- 634.

210- Yellowlees, P.M et al; (1988): " Psychiatric Morbidity in Patients with life-threatening asthma initial report of a controlled study", the Médical Journal of Australia, vol 49, pp 246- 249.

ملحق رقم (01)

إستبيـان

I- بيانـات شخصيـة وإجماعية:

1- الجنس: ذكر ( ) أنثى ( )

2- السن:..

3- الحالة المدنية: أعزب ( ) متزوج ( ) مطلق ( ) أرمل ( )

4- المستوى التعليمي: لم يدرس ( ) إبتدائي ( ) متوسط ( ) ثانوي ( ) جامعي ( )

5- المهنة: موظف ( ) متقاعد ( ) بطال ( ) طالب/متربص ( )

6- نوع المهنة إن كنت تعمل:...

7- عدد أفراد العائلة:...

8- الوضعية الحالية للوالدين:

يعيشان معا( ) مطلقان ( ) منفصلان ( ) وفاة الأب( ) وفاة الأم ( )

9- مع من تسكن :

مع الوالدين والإخوة ( ) سكن منعزل عنهم ( ) عند أحد الأقارب ( )

شيء آخر حددها:...

10- المستوى الاقتصادي للأسرة: ضعيف ( ) متوسط ( ) جيد ( )

11- نوع السكن: فيلا ( ) شقة ( ) منزل تقليدي ( )

12- عدد الغرف:...

13- هل تسكن قرب مصانع معينة: نعم ( ) لا( )

14- إن كان جوابك بنعم ما نوعها:..

II- بيانـات سلوكية:

15- هل تدخن: نعم ( ) لا( )

16- إن كان جوابك بنعم منذ متى بدأت التدخين:..

17- ما هي الأسباب التي تدفعك إلى التدخين:...

....

18- هل تتناول المشروبات الكحولية: نعم ( ) لا( )

19- منذ متى وأنت تتناول الكحول:..

20- ما هي الأسباب التي تدفعك إلى تعاطي الكحول:..

....

21- هل تتعاطى المخدرات: نعم ( ) لا( )

22- إذا كنت مدمنا,ما نوع المخدر الذي تستعمله:....................................

23- ما هي الأسباب التي تدفعك إلى تعاطي المخدرات:....................................

....

24- هل سبق لك و أن حاولت الانتحار: نعم ( ) لا( )

25- ما هي الوسيلة التي إستعملتها:..

26- إذا كان جوابك بنعم, ما هي الأسباب التي أدت بك إلى الانتحار:...........................

....

III- بيانـات مرضية شخصية وعائلية:

27- هل تعاني حاليا من مرض معين: نعم ( ) لا( )

28- هل أحد أفراد عائلتك مصاب بمرض معين: نعم ( ) لا( )

29- إذا كان جوابك بنعم, من هو الفرد من أسرتك الذي يعاني من المرض وما نوعه:

الأب ( ) نوع المرض .... الأخوات ( ) نوع المرض.............

الأم ( ) نوع المرض.................. الأجداد ( ) نوع المرض.............

الإخوة ( ) نوع المرض.................. الأقارب ( ) نوع المرض..............

30- هل هناك مرض معين متوارث في العائلة: نعم ( ) لا( )

31- إذا كان جوابك بنعم, ما نوع هذا المرض حدده:...

32- هل تعاني من مشاكل معينة سواء على المستوى العائلي أو المهني:

نعم ( ) لا( )

33- إذا كان جوابك بنعم, حدد نوعها و مدى تأثيرها عليك:....................................

....

....

ملحق رقم (02)

إستبيان إدراك الضغط

(P.S.Q)

التعليمـــــة:

لكـل عبارة من العبارات التالية ضع عـلامة (X) في الدائرة التي تصف أكثر ما ينطبق عليك عموما وذلك خلال السنة أو السنتين الماضيتين، أجب بسرعة دون أن تزعج نفسك بمراجعة إجـابتك وأحـرس على وصف مسار حياتك خلال هذا المدة.

العبـــارات	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا	أبدا
1- تشعر بالراحة.				
2- تشعر بوجود متطلبات كثيرة لديك.				
3- أنت سريع الغضب.				
4- لديك أشياء كثيرة للقيام بها.				
5- تشعر بالوحدة أو العزلة.				
6- تجد نفسك في مواقف صراعية.				
7- تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلا.				
8- تشعر بالتعب.				
9- تخاف من عدم إستطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافك.				
10- تشعر بالهدوء.				
11- لديك عدة قرارات لإتخاذها.				
12- تشعر بالإحباط.				
13- أنت مليء بالحيوية.				
14- تشعر بالتوتر.				
15- تبدو مشاكلك أنها ستتراكم.				
16- تشعر أنك في عجلة من أمرك				
17- تشعر بالأمن والحماية.				
18- لديك عدة مخاوف.				
19- أنت تحت ضغط مقارنة بالأشخاص الآخرين.				
20- تشعر بفقدان العزيمة.				
21- تمتع نفسك.				
22- أنت خائف من المستقبل.				
23- تشعر بأنك قمت بأشياء ملزما بها وليس لأنك تريدها.				
24- تشعر بأنك موضع إنتقاد وحكم.				
25- أنت شخص خال من الهموم.				
26- تشعر بإنهاك وتعب فكري.				
27- لديك صعوبة للإسترخاء.				
28- تشعر بعبء المسؤولية.				
29- لديك الوقت الكافي لنفسك.				
30- تشعر أنك تحت ضغط مميت.				

ملحق رقم (03)

مقياس تقدير الذات

(E.S.S)

التـعـليمـة:

فيما يلي مجموعة من العبارات حول نفسك، ضع علامة (X) داخل الدائرة المناسبة التي تبين مدى موافقتك على العبارة التي تصفك كما تعرف نفسك. أجب عن كل عبارة بصدق ليس هناك أجوبة صحيحة أو خـاطئة كل عبارة تصف نفسك كما تراها أنت وليس كما يرغب الآخرون أن تكون. يجب أن تفكر في كل عبارة على إنفراد وأن تجيب بسرعة. كن دقيقا في إختبار مدى موافقتك على العبارة. فهناك أربع دوائر أمام كل عبارة إختـر الدائرة التي تنطبق عليك تماما.

العبارات	أرفض تماما	أرفض	موافق	موافق تماما
1- أنا راض عن نفسي على العموم.				
2- أفكر أحيانا بأنني لست كفئا على الإطلاق.				
3- أشعر أن لدي عددا من الخصائص الجيدة.				
4- أنا قادر على القيام بالأشياء قلما يستطيع ذلك معظم الناس الآخرون.				
5- أشعر أحيانا بأنني شخص غير نافع- عديم الفائدة.				
6- أشعر أنني لا أملك ما أفخر به.				
7- أشعر بأن لي قيمة في الأقل بمستوى قيمة الآخرين.				
8- أتمنى لو إستطعت إحترام نفسي أكثر.				
9- أميل إلى الشعور بأنني فاشل.				
10- لدي إتجاها إيجابي نحو نفسي.				

ملحق رقم (04)

مقيــاس فعالية الذات

(S.E.S)

التعـليـمة:

فيما يلي مجموعة من العبارات حول نفسك، ضع علامة (X) داخل الدائرة المناسبة التي تبين مدى موافقتك على العبارة التي تصفك كما تعرف نفسك. ليست هناك أجوبة صحيحة أو خـاطئة، أجب عن كل عبارة على إنفراد وبسرعة. فهناك أربع دوائر أمام كل عبارة إختـر الدائرة التي تنطبق عليك تماما.

العبارات	أرفض تماما	أرفض دون حماس	أوافق دون حماس	أوافق تماما
1- عندما أضع الخطط أستطيع، تنفيذها دوما.				
2- إحدى مشكلاتي هي أنني لا أستطيع أن أركز على عملي عندما يجب علي ذلك.				
3- إذا لم أتمكن من أداء عمل ما منذ المرة الأولى، فإني أستمر في المحاولة حتى أقوم به				
4- عندما أحدد لنفسي أهدافا هامة، نادرا ما أحققها.				
5- أنا أترك الأشياء قبل إتمامها .				
6- إنني أتجنب مواجهة الصعوبات.				
7- أنا لا أكلف نفسي عناء المحاولة عندما أواجه شيئا معقدا.				
8- عندما يكون لدي عمل منفر- غير ممتع- فإني أصر على إتمامه.				
9- عندما أقرر القيام بعمل ما، أقوم بتنفيذا مباشرة.				
10- عندما أحاول أن أتعلم شيئا جديدا فإني أتخلى عنه في الحال إذا لم أنجح به منذ البداية				
11- عندما تظهر مشكلات غير متوقعة في حياتي فإنني لا أتمكن من معالجتها.				
12- إني أتجنب محاولة تعلم الأشياء الجديدة عندما تبدو لي صعبة.				
13- الفشل يدفعني إلى العمل بإجتهاد أكبر.				
14- أن أشعر بعدم الإطمئنان في قدرتي على عمل الأشياء.				
15-أنا شخص أعتمد على نفسي.				
16- أنا شخص أتراجع بسهولة.				
17- أنا لا أبدو قادرا على التعامل مع معظم المشكلات التي تحدث في الحياة.				

ملحق رقم (05)
مقياس سمة القلق
(S.T.A.I)

التعليمــــة:

فيما يلي عـدد من العبارات التي يستخدمها الأفراد في وصف أنفسهم، اقرأ كل عبارة بعناية وضع علامة (X) في الدائرة المناسبة أمام العبارة التي تشير إلى ما تشعر به عامة. ليست هناك إجابـات صحيحة أو خاطئة, لا تستغرق وقتا طويلا في عبارة واحدة, تذكر أن تختار الإجابة التي تصف ما تشعر بـه عامة.

العبارات	مطلقـا	قليـلا	أحيانـا	كثيـرا
1- أشعر بالسرور				
2- أشعر بالأمن				
3-إنني متوتر				
4- إنني نادم				
5- أشعر بالإطمئنان				
6-أشعر بالإضطراب				
7- أنا قلق الآن لأنني أتوقع حدوث مشاكل أو صعوبات				
8- أشعر براحة البال				
9- أشعر بالقلق				
10- أشعر بالإرتياح				
11- أشعر بالثقة في النفس				
12- أشعر بأنني عصبي				
13- إنني شديد النرفزة				
14- أشعر بأنني شديد التوتر				
15-- إنني مستريح				
16- أشعر بالرضا				
17- إنني مهموم				
18- أشعر بأنني شديد الإثارة ولحركة				
19- أشعر بالبهجة				
20- وصلت إلى حالة من التوتر قضت على اهتماماتي وهواياتي				

ملحق رقم (06)

إستبيان طرق المواجهة

(W.C. Q)

التعليمة:

إليك في الفقرات التالية عدة طرق لمواجهة المشكل، المطلوب منك هو أن تحدد إلى أية درجة إستعملت كل واحدة منها في مواجهة مشكل ما يكون قد تسبب لك في قلق. من فضلك صف لنا هذا المشكل في بضع أسطر وأحتفظ به في ذهنك وإقرأ كل طريقة من الطرق التالية وبين مدى إستعمالك لها في الوضعية التي وصفتها وذلك بوضع دائرة على الفئة المناسبة.

وصف المشكل:

....

....

....

....

....

الطرق المستعملة في مواجهة المشاكل	إطلاقا	إلى حد ما	كثيرا	كثيرا جدا
1- ركزت فقط فيما سأفعله لاحقا في الخطوة اللاحقة.				
2- قمت بشيء لم أفكر أني سأفعله لكن قمت بشيء ما على الأقل.				
3- محاولة إقناع الشخص المسؤول تغيير رأيه (ها).				
4- تحدث لشخص ما لأتعرف أكثر على الوضعية.				
5- إنتقدت نفسي أو وبختها.				
6- محاولة عدم اليأس لكن تركت الأمور نوعا ما موضع بحث.				
7- تمنيت أن تحدث معجزة.				
8- رضيت بالقدر كان في بعض الأحيان حظي سيئا.				
9- تصرفت و كأن شيئا لم يحدث.				
10- حاولت أن أحتفظ بمشاعري لنفسي.				
11- بحثت عن الجانب الملفت للمشكل, وحاولت النظر إلى الجانب الإيجابي للأشياء.				
12- نمت أكثر من العادة.				
13- أظهرت غضبي للشخص (للأشخاص) المتسبب في المشكل.				
14- تقبلت عطف وتفهم شخص ما.				
15- ألهمت القيام بشيء إبداعي.				
16- محاولة نسيان كل شيء.				
17- تحصلت على مساعدة مختص.				
18- تغيرت أو تطورت بشكل إيجابي.				
19- إعتذرت أو قمت بشيء ما لأستدرك نفسي.				
20- وضعت مخططا للعمل وإتبعته.				

				21- أظهرت مشاعري بطريقة أو بأخرى.
				22- أدركت أنني المتسبب في المشكل.
				23- خرجت من المشكل بشكل أحسن مما دخلت به فيها.
				24- حدثت شخصا ما بإمكانه فعل شيء ملموس إتجاه المشكل.
				25- محاولة إشعار نفسي بإحساس جيد وذلك بالأكل, الشرب, التدخين, أخذ الأدوية......إلخ
				26- قمت بمجازفة كبيرة أو شيئا خطرا جدا.
				27- حاولت أن لا أتصرف بعجلة أو أتبع أفكاري الأولى.
				28- وجدت إيمانا جديدا.
				29- إكتشفت من جديد ما هو مهم في الحياة.
				30- غيرت الأشياء حتى تنتهي الأمور إلى الأفضل.
				31- تجنبت التواجد مع الناس عموما.
				32- عدم ترك المشكل يتغلب علي, ورفض التفكير فيه كثيرا.
				33- طلبت النصح من شخص قريب أو صديق أحترمه.
				34- لم أترك الآخرون من معرفة كم كانت الأمور سيئة.
				35- الإستهانة من الوضعية ورفض أن أكون جديا نحوها.
				36- حدثت شخصا ما عن ما شعرت به.
				37- الإصرار على موقفي, وقاومت للوصول إلى ما كنت أريدا.
				38- لمت غيري من الناس حول المشكلة.
				39- إستفدت من تجاربي السابقة, إذ كنت في وضعية مماثلة.
				40- عرفت ما يجب فعله, فضاعفت جهدي لتحقيق الأمور.
				41- رفضت الإعتقاد بأن هذا الأمر قد حدث.
				42- تعهدت لنفسي بأن الأمور ستكون مختلفة مرة أخرى.
				43- الوصول إلى مجموعة حلول مختلفة للمشكل.
				44- حاولت إبعاد مشاعري حتى لا تتداخل كثيرا مع أمور أخرى.
				45- غيرت أشياء في نفسي.
				46- تمنيت لو ينتهي المشكل أو يجد حلا بطريقة أو بأخرى.
				47- لدي خيال أو تمنيات حول إمكانية إنقلاب الأمور.
				48- تضرعت إلى الله.
				49- شرد تفكيري إلى ما يمكنني أن أقوله أو أقوم به.
				50- فكرت كيف يمكن لشخص أقدرا أن يتعامل مع هذا الوضعية, ثم إتخذت ذلك نموذجا.

ملحق رقم (07)

TABLE T-Test

df	إختبار ذو حد واحد					
	0.10	0.05	0.025	0.01	0.005	0.0005
	إختبار ذو حدين					
	0.20	0.10	0.05	0.02	0.01	0.001
1	3.078	6.314	12.706	31.821	63.657	636.619
2	1.886	2.920	4.303	6.956	9.925	31.598
3	1.638	2.353	3.182	4.541	5.841	12.941
4	1.533	2.182	2.776	3.747	4.604	8.610
5	1.476	2.015	2.571	3.365	4.032	6.859
6	1.440	1.943	2.447	3.143	3.707	5.959
7	1.415	1.895	2.365	2.998	3.499	5.405
8	1.397	1.860	2.306	2.896	3.355	5.041
9	1.383	1.833	2.262	2.821	3.250	4.781
10	1.372	1.812	2.228	2.764	3.169	4.587
11	1.363	1.796	2.201	2.718	3.106	4.437
12	1.356	1.782	2.179	2.681	3.055	4.318
13	1.530	1.771	2.160	2.650	3.012	4.221
14	1.345	1.761	2.145	2.624	2.977	4.140
15	1.341	1.753	2.131	2.602	2.947	4.073
16	1.337	1.746	2.120	2.583	2.921	4.015
17	1.333	1.740	2.110	2.567	2.898	3.965
18	1.330	1.734	2.101	2.552	2.878	3.922
19	1.328	1.729	2.093	2.539	2.861	3.883
20	1.325	1.725	2.086	2.528	2.845	3.850
21	1.323	1.721	2.080	2.518	2.831	3.819
22	1.321	1.717	2.074	2.508	2.819	3.792
23	1.319	1.714	2.069	2.500	2.807	3.767
24	1.318	1.711	2.064	2.492	2.797	3.745
25	1.316	1.708	2.060	2.485	2.787	3.725
26	1.315	1.706	2.056	2.479	2.779	3.707
27	1.314	1.703	2.052	2.473	2.771	3.690
28	1.313	1.701	2.048	2.467	2.763	3.674
29	1.311	1.699	2.045	2.462	2.756	3.659
30	1.310	1.697	2.042	2.457	2.750	3.646
40	1.303	1.684	2.021	2.423	2.704	3.551
60	1.296	1.671	2.000	2.390	2.660	3.460
120	1.289	1.658	1.980	2.358	2.617	3.373
∞	1.282	1.645	1.960	2.326	2.576	3.291

ملحق رقم (08)

جدول لقيم معامل الإرتباط " بيرسون " عند مستوى دلالة 0.05 و0.01

0.01	0.05	درجة الحرية
0.999	0.997	1
0.990	0.950	2
0.959	0.878	3
0.917	0.811	4
0.874	0.754	5
0.834	0.707	6
0.798	0.666	7
0.765	0.632	8
0.735	0.602	9
0.708	0.576	10
0.684	0.553	11
0.661	0.532	12
0.641	0.514	13
0.623	0.497	14
0.606	0.482	15
0.590	0.468	16
0.575	0.456	17
0.561	0.444	18
0.549	0.433	19
0.537	0.423	20
0.526	0.413	21
0.515	0.404	22
0.505	0.396	23
0.487	0.388	24
0.479	0.381	25
0.471	0.374	16
0.463	0.367	27
0.456	0.361	28
0.449	0.355	29
0.436	0.349	30
0.424	0.339	32
0.419	0.329	34
0.418	0.325	35
0.413	0.320	36
0.403	0.312	38
0.393	0.304	40
0.384	0.297	42
0.376	0.291	44
0.372	0.288	45

0.368	0.284	46
0.361	0.279	48
0.354	0.273	50
0.338	0.201	55
0.325	0250.	60
0.313	0.241	65
0.302	0.232	70
0.292	0.224	75
0.283	0.217	80
0.275	0.211	85
0.267	0.205	90
0.260	0.200	95
0.254	0.195	100
0.228	0.174	125
0.208	0.159	150
0.193	0.148	175
0.181	0.138	200
0.148	0.113	300
0.128	0.098	400
0.115	0.088	500
0.081	0.062	1000

جدول لقيم معامل الإرتباط " بيرسون " عند مستوى دلالة 0.05 و0.01